جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية



مركز
الدراسات
والبحوث

ظاهرة العود للادمان في المجتمع العربي

د. عبدالعزيز بن علي الغريب

الرياض
١٤٢٧هـ ـ ٢٠٠٦م

٣٨٧

جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية

ظاهرة العود للإدمان في المجتمع العربي

د. عبد العزيز بن علي الغريب

الطبعة الأولى
الريـــاض
١٤٢٧هـ ــ ٢٠٠٦م

المملكة العربية السعودية. ص.ب ٦٨٣٠ الرياض : ١١٤٥٢
هاتف ٢٤٦٣٤٤٤ (١ـ٩٦٦) فاكس ٢٤٦٤٧١٣ (١ـ٩٦٦)
البريد الإلكتروني : Src@nauss.edu.sa

ISBN 5 - 0 -9723-9960

P.O.Box: 6830 Riyadh 11452 Tel. (966+1) 2463444 KSA
Fax (966 + 1) 2464713 E-mail Src@nauss.edu.sa.

ح (١٤٢٧هـ)جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

الغريب، عبد العزيز بن علي
ظاهرة العودة للادمان في المجتمع العربي ـ الرياض ، ١٤٢٧هـ
٢٠٦ ص ، ١٧ × ٢٤ سم
ردمك: ٥ ـ ٠ ـ ٩٧٢٣ ـ ٩٩٦٠
١ ـ إدمان المخدرات أ ـ العنوان
ديوي ٣٦٢,٢٩٣ ٧٦٨٨ / ١٤٢٧

رقم الايداع : ٧٦٨٨ / ١٤٢٧
ردمك: ٥ ـ ٠ ـ ٩٧٢٣ ـ ٩٩٦٠

ردمك: ٥ ـ ٠ ـ ٩٧٢٣ ـ ٩٩٦٠

كافة الأفكار الواردة في هذا الكتاب تعبر عن رأي صاحبها،
ولا تعبر بالضرورة عن وجهة نظر الجامعة

المحتــويات

التقديـــــم

تتسم مشكلة المخدرات بالتشعب والتعقيد، والإضرار الفادح بالحياة الاجتماعية والاقتصادية والصحية والأمنية، فهي آفة خطيرة تقوض مقومات المجتمع وتنخره من داخله، وتهدد حياة الشباب بالتشرد والضياع، لذا تحظى هذه الظاهرة باهتمام متزايد من مراكز البحوث المتخصصة ومن قبل العلماء والخبراء والمسؤولين على حد سواء.

وإدراكاً من جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية بما لهذه الظاهرة من الأبعاد المحلية والدولية، والاجتماعية والنفسية والتربوية والثقافية المختلفة، فقد خصصت لها دراسات تكاملية ميدانية وتطبيقية وداسات استراتيجية واستشارية، ورسائل أكاديمية متخصصة، كما تشكل إصدارات مركز الدراسات والبحوث بالجامعة حول المخدرات رقماً مهماً وبارزاً لا يمكن تجاوزه في البحث العلمي الأمني المتخصص في هذا الميدان.

بيد أن الاهتمام بدراسة ظاهرة العود إلى الإدمان في المجتمع العربي يمثل قطب الرحى للحاجة الماسة إلى تضافر العديد من جهود مؤسسات الدولة والمجتمع إزاءها، لأن العلاج والمكافحة، وإعادة التأهيل، واستيعاب المدمنين في المصحات والمستشفيات المتخصصة، وحجم التكاليف المادية، والخسائر الفادحة التي لا يمكن تقديرها . . . تصبح كلها غير ذات جدوى حقيقية ما لم يتم التحكم في هذه الظاهرة تحكماً دقيقاً، ذلك أن قضية العود إلى الإدمان تتطلب هي الأخرى منظومة متواصلة من الأدوار والمسؤوليات من أبرزها ترسيخ القيم الإسلامية، وبث الوعي الديني والاجتماعي، وإعداد برامج رصينة من التوعية الأمنية والإعلامية التي تمد المدمنين

بالقناعات القوية الراسخة، وبروح الإصرار على عدم العود إلى ربقة التعاطي والإدمان، كما تنصرف التوعية إلى أفراد الأسرة في سبيل تجسيد روح المساندة الملاحظة والمراقبة، وسد كافة السبل المفضية بهذه الفئات إلى العود مرة أخرى إلى الإدمان.

ولعل في توفير بيئات جديدة للتائبين والمقلعين عن الإدمان وممارستهم أنشطة اجتماعية وثقافية ورياضية في رحاب نواد ترفيهية مجهزة، ومؤهلة، يرتادها هؤلاء لقضاء أوقات الفراغ فرصة سانحة لنجاح جهود التأهيل والعلاج والاستفادة من برامج الرعاية اللاحقة المعدة بحرفية ومهارة لتعطي النتائج المنشودة.

والله من وراء القصد ،،،،

رئيس

جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية

أ.د. عبدالعزيز بن صقر الغامدي

المقدمـــة

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على حجم ظاهرة العود للإدمان في العالم العربي بشكل عام وفي بعض الدول العربية بشكل خاص. وإلى التعرف على النظريات المفسرة لظاهرة العود للإدمان. وكذلك التعرف على العوامل الاجتماعية والاقتصادية والبيئية المؤثرة في العود للإدمان. إضافة إلى التعرف على آراء المسئولين عن المؤسسات العلاجية بالعالم العربي حول سبل مواجهة ظاهرة العود للإدمان.

وقد تكونت الدراسة من تسعة فصول وخاتمة وتوصيات وقائمة بالمراجع وملاحق. حيث عرضنا في الفصل الأول ما يلي: مدخل إلى الدراسة تضمن مقدمة الدراسة، وموضوعها، وأهميتها، وأهدافها وتساؤلاتها. كما تضمن الفصل الأول الإجراءات المنهجية للدراسة من حيث منهجها ومجتمع الدراسة وحدودها وأداة الدراسة.

وفي الفصل الثاني تناول الباحث مفاهيم الدراسة وهي مفاهيم العود والإدمان والمخدرات من الجوانب العلمية والإجرائية. وفي الفصل الثالث استعرض المواد الإدمانية، أنواعها وآثارها. وحيث أن هذه الدراسة خاصة بالعالم العربي فقد تناولت في الفصل الرابع الاهتمام العربي بظاهرة الإدمان. أما الفصل الخامس فقد تخصص في عرض ومناقشة النظريات العلمية المفسرة لظاهرة العود للإدمان، والتي تم تقسيمها إلى ثلاث مجالات وهي النظريات المرتبطة بالجانب الطبي، والنظريات المفسرة للعود للإدمان من وجهة نظر نفسية، ومن ثم النظريات المرتبطة بالتفسيرات الاجتماعية. وفي الفصل السادس استعرض الباحث الدراسات السابقة. حيث تم التركيز

على شمول الدراسات لمختلف الدول العربية ـ في حدود ما توافر للباحث ـ وتم تقسيم هذه الدراسة إلى جانبين الأول الدراسات الأجنبية، والجانب الثاني الدراسات العربية، والتي أيضاً قسمت إلى عدة أقسام حسب المجال الجغرافي والإقليمي إلى حد ما ، حيث قسمت إلى دراسات سعودية، ودراسات في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، ودراسات في الأردن وسوريا ولبنان ، ودراسات في دول المغرب العربي، ودراسات في جمهورية مصر العربية . وفي الفصل السابع نتائج الدراسة الاستطلاعية التي قام بها الباحث في بعض المؤسسات العلاجية في (٧) من الدول العربية . إضافة إلى تناولنا بالتفصيل للعوامل المؤثرة في العود للإدمان ، حيث تم تناولها في ضوء الترابط بين الدراسات السابقة والنظريات العلمية ونتائج الدراسات الاستطلاعية للباحث . وفي الفصل الثامن جاءت التوصيات والمقترحات من واقع ما توصلت إليه الدراسة من نتائج .

والله ولي التوفيق، ، ،

الباحث

الفصل الأول

مدخــل



١ . مدخل

١ . ١ مقدمة

مما لاشك فيه أن ظاهرة إدمان المخدرات وتعاطيها تمثل مشكلة للدول كافة، المتقدمة والنامية على حد سواء، وتبذل الدول مجتمعة ومنفردة جهودا مضنية للسيطرة على مشكلة الإدمان ومكافحتها بكل السبل. ومنذ بداية تسجيل التاريخ لم يوجد مجتمع إلا وقد استعمل المواد المؤثرة على العقل والفكر والسلوك. ويؤكد خيال (٢٠٠١) أن هناك عناصر متشابكة تتحكم في مدى تأثير المادة الإدمانية في الإنسان من ناحية. وفي الميل نحو تكرار استعمالها من ناحية أخرى. وتنحصر هذه العناصر في: عوامل متعلقة بالمجتمع والبيئة. وعوامل مرتبطة بالمادة. وعوامل خاصة بالفرد.

وتشكل ظاهرة إنتاج وإدمان المخدرات مشكلة عالمية لا يكاد يخلو مجتمع إنساني من آثارها المباشرة أو غير المباشرة. واعتبر يوم ٢٥ من شهر يونيو من كل عام يوما عالمياً للتوعية بأضرار المخدرات والمؤثرات العقلية. كما تكلف الإجراءات الدولية والمحلية لمكافحة انتشار المخدرات والتوعية بأضرارها وعلاج المدمنين حوالي ١٢٠ مليار دولار سنويا، وتمثل تجارة المخدرات ٨٪ من مجموع التجارة العالمية، وبالتالي لها آثار اقتصادية كبيرة على الدول والمجتمعات والأفراد. (حقار،١٩٩٨: ٢١٥). وتشير إحصائيات مكتب المخدرات في الأمم المتحدة إلى أن حجم تجارة المخدرات بلغ عام ٢٠٠٤م حدود ال ٣٥٠ مليار دولار سنويا «وأنه مرشح للزيادة إلى ٤٥٠ مليار دولار سنويا» العام ٢٠٠٦ . وأشارت التقارير إلى تأثير عوامل اقتصادية وسياسية وتنظيمية على المستوى المحلي والدولي أسهمت في هذا

الانتشار المذهل للمخدرات. ويتوقع أن يزداد الأمر مع قدوم العولمة الاقتصادية وشركاتها الضخمة التي لا يمكنها أن تتجاهل تجارة بمثل هذا الحجم. مما يعطي لتجار المخدرات سلطة اقتصادية تضاف إلى سلطة الجريمة المنظمة بحيث يمكنهم التدخل في أسعار العملات وفي البورصات. بما يحولهم إلى التأثير الاقتصادي والسياسي. فهل يمكن نكران هذه الأدوار أو تجاهلها؟ (انظر: الحقباني، ٢٠٠٢).

ويشير تقرير الأمم المتحدة عام ٢٠٠٠ بشأن المخدرات، إلى أن الكمية المضبوطة مقارنة بما يتم تهريبه تشكل نسبة ضئيلة فعلى سبيل المثال لا تزيد كمية الهيروين المضبوطة عن ١٠٪ فقط من الكمية المهربة، كما لا تزيد في الكوكائين عن ٣٠٪. وتختلف كمية الاستهلاك من صنف إلى آخر، فقد زادت كمية استهلاك المنبهات خلال عقد التسعينيات عشرة أضعاف عما كانت عليه في الثمانينيات، في حين استقرت نسب استهلاك الأفيونيات خلال السنوات الثلاث الأخيرة.

وفي تقرير الأمم المتحدة لعام ٢٠٠٤ بلغ عدد المدمنين في العالم حوالي ١٨٥ مليون شخص عام ٢٠٠٣ مقابل ١٨٠ مليونا في التسعينيات، وأن الحشيش هو الأكثر انتشارا بين مختلف أصناف المخدرات بحيث يتناوله ١٥٠ مليون شخص، وأكد مكتب الأمم المتحدة لمكافحة المخدرات والجريمة في ذات التقرير أن حوالي ٣٨ مليون شخص كانوا يتناولون المخدرات التركيبية (حبوب الهلوسة وغيرها) عام ٢٠٠٣م مقابل ٢٩ مليونا خلال التسعينيات، فيما بلغ عدد مدمني الأفيون والهيروين ١٥ مليون شخص. وعدد مدمني الكوكايين ١٣ مليونا، وأشار التقرير إلى أن الحشيش يزرع في أكثر من ١٤٠ دولة، واعتبر أن المخدرات التي تحتوي على الأفيون لا تزال تمثل أخطر مشكلة يواجهها قطاع الصحة العامة. كما أشار التقرير إلى أن مدمني

الهيروين يشكلون ٦٧ ٪ من الأشخاص الخاضعين للعلاج ضد الإدمان في آسيا و٦١٪ منهم في أوروبا، بينما تراجع إنتاج الكوكايين بنسبة ١٨٪ عام ٢٠٠٣م بالمقارنة مع عام ٢٠٠٢م في كولومبيا الدولة المنتجة الأولى عالميا نتيجة الضغط الدولي وقد شكل القنب الهندي ٩٩ ٪ من كميات المخدرات المضبوطة في إفريقيا. وهذا ما يفسر زيادة عدد المدمنين في العالم بمقدار ١٢ مليونا» كل سنة (عيد، ٢٠٠٤).

ونظراً لما تتسم به مشكلة الإدمان على المخدرات من خطورة بالغة على الفرد والمجتمع ، وما تولده من مشكلات أخرى لها خطورتها على مختلف جوانب الحياة الاجتماعية ، فقد بذل الباحثون والمتخصصون في مختلف فروع العلم جهودا مكثفة في الكشف عن العوامل الكامنة وراء الإدمان على المخدرات ، وتوصلوا إلى نتائج لها فاعليتها في هذا المجال وذلك في إطار الظروف الاجتماعية المؤدية إلى ذلك .

ولا شك أن معالجة الظاهرة الإدمانية قد لا تقع ضمن الجانب الأمني فقط أو تعتمد على المتخصصين وحدهم كالأطباء والنفسيين والاجتماعيين والتربويين، حيث أن موضوع المخدرات متداخل مع نظم القيم الاجتماعية والسياسية. كما نص كثير من الاتفاقيات الدولية الخاصة بالمخدرات على قضايا العود للمخدرات وبخاصة في مجال الأحكام الصادرة في جرائم الاتجار غير المشروع للمخدرات. وأوصت المؤتمرات المنعقدة لمناقشة إساءة استعمال العقاقير والاتجار غير المشروع ومنها المؤتمر الذي عقد في فيينا عام ١٩٨٧م بتغليظ العقوبة المشددة عند العود أو وجود سوابق إجرامية في الاتجار بالعقاقير. . كما نصت الاتفاقية العربية لمكافحة الاتجار غير المشروع بالمخدرات والمؤثرات العقلية التي اعتمدها مجلس وزراء الداخلية العرب عام ١٩٩٤م بالتشديد إذا صدرت أحكام سابقة بالإدانة أجنبية أو محلية

وبوجه خاص في جرائم مماثلة . كما صاغت كل دولة قوانين خاصة بها تضمنت تشديدا العقوبات عند العود لارتكاب جريمة تتعلق بالاتجار أو الترويج أو التوزيع للمخدرات ، وعد ظرف العود عاملاً مهماً في زيادة العقوبة (عيد، ٢٠٠٤ : ٢٤).

١ .٢ موضوع الدراسة وأهميته

إن مشكلة المخدرات بأبعادها المتعددة مشكلة في غاية التعقيد بوضعها الراهن على مستوى العالم والمستويات المحلية والقومية وتتشابك فيها العوامل المكونة لها، اقتصادية ، اجتماعية، نفسية، بيئية، أخلاقية . . . . ولكل عامل من هذه العوامل وزنه الخاص، ويختلف من مجتمع لآخر ومن فئة وطبقة اجتماعية إلى أخرى .

لقد أصبحت مشكلة إدمان المخدرات من أكثر المشكلات الاجتماعية خطورة ولها تأثير قوي على تقدم أي مجتمع كماً وكيفاً، وتستنفذ هذه المشكلات معظم طاقات الفرد والمجتمع وإمكانياتهما . وقد نالت اهتمام عدد كبير من الباحثين والهيئات العالمية والإقليمية ورصدت الأموال، وخصصت العقول لدراستها لمحاولة الوصول لحل للحد من انتشارها والسيطرة عليها . كما أن مشكلة المخدرات أصبحت من أعقد المشاكل التي تواجه المجتمع الدولي في الوقت الراهن وهي ليست أقل خطورة من مشكلة الإرهاب، ولا يكاد يفلت منها أي مجتمع سواء كان متقدماً أم نامياً . وتكمن أهمية هذه المشكلة في أنها تمس حياة المدمن الشخصية والاجتماعية من جميع الجوانب سواء كان ذلك يتمثل في صورته أمام نفسه أم بينه وبين أفراد أسرته، وتتمثل أهمية المشكلة بالنسبة للمجتمع في أنها تحيط به وتمسه من جميع الجوانب الرئيسة، وأوضح هذه الجوانب هو أمن المجتمع

واستقراره حيث أدى انتشار الإدمان إلى زيادة نسبة الجرائم والعنف مثل السطو المسلح والسرقة وغيرها من الجرائم التي تحدث أغلبها تحت تأثير الإدمان. هذا بالإضافة إلى التأثير على الأداء المعرفي والقدرة الإنتاجية لمؤسسات المجتمع، ففي دراسة أمان (١٩٩٣) توصلت إلى تأثير إدمان الهيروين والكوكائين على تعطيل الأداء المعرفي لدى المدمنين. كما توصلت دراسة للباز (١٩٩٩) حول الأداء المهني لمدمني المخدرات، والتي طبقت على عينة تكونت من (٤٧) مدمناً، توصلت الدراسة إلى أن الأداء المهني منخفض، وأن أقل أداء للمدمن يأتي في الجوانب التالية:

١ - الانتظام في العمل.

٢ - الجزاءات.

٣ - أداء الدور المهني.

٤ - الاستقرار في العمل.

٥ - الإصابات والحوادث.

كما توصلت الدراسة إلى الكحول والهيروين هما أكثر المواد الإدمانية استخداما بين المدمنين، وأن معدل سنوات الإدمان ثمان سنوات، وأن ليس هناك فرق في انخفاض الأداء المهني حسب نوع المادة الإدمانية.

ولا شك أن في ذلك تعطيلاً لقدرات جزء من القوى البشرية المنتجة في المجتمع، خاصة وأن عدداً من الدراسات أشارت إلى أن غالبية من تشدهم هذه الظاهرة هم من فئة الشباب والفتيات، وغالبيتهم هم أقل من سن الثلاثين، وهذا بلاشك هدر للطاقة الاجتماعية لفئة الشباب من المتعاطين والمدمنين للمخدرات، كما يترتب على ذلك إنفاق كبير من المال

من قبل الدولة في سبيل مكافحة المخدرات من ناحية، وفي تمويل برامج علاج المدمنين من ناحية أخرى (حسين، ٢٠٠٣ : ٢٧١) .

وعليه فإن عدم وضع العوامل الاجتماعية والاقتصادية، والبيئية في الاعتبار لا يمكن من الحصول على تفسير سببي كامل لمسألة الإدمان، إذ أن المجتمع هو الذي يحدد كلا من العرض والطلب للمخدرات، وهو الذي يقرّ معايير السلوك ذات الأهمية لفهم الاتجاهات ونماذج السلوك التي تقر استعمال المخدر. وليس من السهولة بمكان أن نحدد أو نقيس النتائج والآثار لعدد من المتغيرات المعقدة والمتفاعلة التي تسهم في تكوين المجتمع، إلا أننا يمكننا التركيز على بعض الأبعاد المحورية في الحياة الاجتماعية. وحيث أن دراسات متعددة درست موضوع إدمان المخدرات وحددت عوامله إلا أنه لوحظ قلة الدراسات التي تناولت ظاهرة العود للإدمان والعوامل المسببة لها.

وبالتالي تركز موضوع الدراسة على التعرف على ظاهرة العود للإدمان في العالم العربي من حيث حجم الظاهرة وأنواع المواد الإدمانية الأكثر شيوعا في العود، وخصائص العائدين للإدمان اجتماعياً واقتصادياً، وأهم العوامل التي تلعب دوراً في العود للإدمان.

وتبدو أهمية الدراسة من أهمية الموضوع الذي تصدت له، فالمطلع على الدراسات التي تناولت ظاهرة المخدرات في العالم العربي، يجد تركيزها على العوامل والأسباب ، وأساليب المكافحة، وأنواع المواد المخدرة وشيوعها، بينما هذه الدراسة ركزت على قضية أخرى لا تقل أهمية عن تعاطي المخدرات ألا وهي ظاهرة العود لإدمان المخدرات بعد التعافي والعلاج منها. وفي هذا العود تأثير كبير على أساليب وبرامج العلاج

المختلفة التي تقرها كثير من دولنا العربية. على الرغم من الجهد البحثي الكبير الذي قامت به كبرى المراكز البحثية المتخصصة في قضايا الجريمة والانحراف كمركز البحوث الجنائية والاجتماعية بجمهورية مصر العربية ومركز أبحاث الجريمة بالمملكة العربية السعودية، ومركز الدراسات والبحوث بجامعة نايف العربية للعلوم الأمنية وغيرها، إلا أن ظاهرة العود للإدمان لم يتم بحثها في أي من تلك الجهات ما يعطي هذه الدراسة أهمية نسأل الله تعالى أن يستفيد منها من يمكنه على الإطلاع عليها.

كما يأمل الباحث أن تكون النتائج التي يتوصل إليها تساعد على طرح بعض المقترحات التي تفيد في صياغة مواد الأنظمة الخاصة بمواجهة الإدمان بكافة أشكاله. وكذلك تفيد بالكشف عن الكثير من الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والبيئية المرتبطة بالمدمنين بشكل عام والعائدين للإدمان بشكل خاص، ليتمكن من اقتراح توصيات إلى مراكز البحوث والجهات المسئولة عن علاج المدمنين ومؤسسات التربية والتعليم ومؤسسات الإعلام والمؤسسات الأمنية بالعالم العربي، حيث تم عمل توصيات إلى المسئولين عن رعاية الشباب ووزارة الداخلية ووزارة الصحة ووزارة الشؤون الاجتماعية وغيرها، تتعلق بمواجهة ظاهرة العود للإدمان.

١ .٣ أهداف الدراسة

سعت الدراسة للتعرف على ظاهرة العود للإدمان في العالم العربي، من خلال الأهداف التالية:

١ ـ التعرف على حجم ظاهرة العود للإدمان في بعض الدول العربية.

٢ ـ التعرف على النظريات المفسرة لظاهرة العود للإدمان.

٣ ـ التعرف على الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والبيئية للعائدين للإدمان.

٤ ـ التعرف على بعض العوامل المؤثرة على العود للإدمان.

٥ ـ التعرف على آراء المسئولين عن المؤسسات العلاجية بالدول العربية حول سبل مواجهة ظاهرة العود للإدمان.

١ .٤ تساؤلات الدراسة

من أجل تحقيق الأهداف سالفة الذكر فإنه تم وضع التساؤلات التالية ومحاولة الإجابة عنها، وهي:

ـ ما حجم ظاهرة العود للإدمان في بعض الدول العربية؟

ـ ما أنواع ونسب المواد الإدمانية الأكثر عودة للإدمان في بعض الدول العربية؟

ـ ما الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للعائدين للإدمان من حيث: (الحالة الاجتماعية ـ العمر ـ الجنس ـ المستوى التعليمي ـ الوضع الوظيفي، المستوى الاقتصادي للأسرة، نوع السكن، نوع الحي، مكان الإقامة)؟.

ـ ما طبيعة ظروف العود للإدمان من حيث الحالة الصحية للعائد، وكيفية الإحالة للمؤسسة العلاجية، ومدة العود بعد تلقي العلاج، والأعراض الخارجية للعائد، وعدد مرات العود؟

ـ ما العوامل المؤثرة في حدوث العود للإدمان لدى المدمنين؟

ـ ما الجوانب التي يجب التركيز عليها من وجهة نظر مسئولي المؤسسات العلاجية في العالم العربي لمعالجة ظاهرة العود للإدمان؟

١ .٥ منهج الدراسة

لتحقيق أهداف الدراسة اعتمد الباحث على المنهج الوصفي . وعادة ما يفيد هذا المنهج في التعرف على الجوانب المختلفة للظاهرة المدروسة، حيث أن هذا المنهج أتاح للباحث الرجوع للأدبيات والتقارير المتخصصة بموضوعات الإدمان على المخدرات والكحوليات، حيث تم تحليل نتائج بعض الدراسات السابقة التي أمكن الإطلاع عليها، وأفاد هذا المنهج في عرض النظريات والدراسات المتخصصة في الإدمان، وفي عرض للجزء الخاص بالعوامل المؤثرة في ظاهرة العود للإدمان .

كما تم استخدام هذا المنهج في تطبيق الدراسة الاستطلاعية الميدانية على عينة من مسئولي المؤسسات العلاجية للإدمان في بعض الدول العربية وجمع بيانات للدراسة ومن ثم تحليلها واستخراج النتائج المحققة لأهداف الدراسة .

١ . ٦ مجتمع الدراسة

تكون مجتمع الدراسة من عينة من المؤسسات العلاجية الخاصة بمعالجة الإدمان في بعض الدول العربية، وقد بلغ الحجم الكلي المتوقع لمجتمع الدراسة (٢٢) مؤسسة تمثل مختلف الدول العربية . حيث تم إرسال استمارة الدراسة لجميع الدول العربية عن طريق مركز الدراسات والبحوث بجامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، إلا أن الدول التي تجاوبت بلغت (٨) دول، بحيث ثمل (٣٦ , ٣٪) من الحجم الكلي لمجتمع الدراسة . وبالتالي تم جمع المعلومات من الدول التالية : (المملكة العربية السعودية، الجمهورية العربية السورية، الجمهورية اللبنانية، الجمهورية السودانية، دولة قطر، مملكة

البحرين، المملكة الأردنية الهاشمية، سلطنة عمان)، مع ملاحظة أن بعض الدول العربية قد قامت بتوزيع الاستمارة على أكثر من مؤسسة علاجية، لذلك كان اعتماد الباحث على متوسطات تلك الاستمارات للتعرف على ظاهرة العود للإدمان في تلك الدولة، إذ أن الهدف هو إعطاء معلومات عن ظاهرة العود للإدمان في كل دولة. بحيث تعبر الاستمارة عن واقع هذه الظاهرة في دولة من الدول العربية.

ووحدة التحليل في هذه الدراسة هي المؤسسات العلاجية الخاصة بمعالجة المدمنين في الدول العربية بغض النظر عن نوعها أو ارتباطها التنظيمي في تلك الدول.

١ . ٧ أداة الدراســـة

قام الباحث بتصميم استبيان لجمع بيانات الدراسة الميدانية المتعلقة بواقع الظاهرة في العالم العربي، وبخصائص العائدين للإدمان، وحصر بعض المعلومات المؤثرة في تقييم الظاهرة ومعرفة حدودها والعوامل المؤثرة فيها، وذلك باستطلاع آراء بعض مسئولي المؤسسات العلاجية في بعض الدول العربية. وقد استفاد الباحث من دليل الدراسة الخاصة بظاهرة المخدرات والذي أعده عبدالحليم السيد عام ١٩٩٩م ونشرته جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية. وتم تحكيم الاستبيان خاصة صدقها الظاهري، بعرضها على عدد من أعضاء هيئة التدريس بقسم الاجتماع والخدمة الاجتماعية بجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، وتم إجراء بعض التعديلات التي تم الاقتناع بها.

وتكون الاستبيان من (٥٦) سؤالاً وعبارة مقسمة وفق الجوانب التالية:

١ ـ البيانات الأولية عن المؤسسة المستخدمة في الدراسة(الاسم ، التخصص ، مجال العمل ، جغرافية العمل . . . ألخ ، وكانت في الأسئلة رقم (١ ، ٢ ، ٣ ، ٤ ، ٥ ، ٦) .

٢ ـ الأسئلة الخاصة بالخصائص الاجتماعية والاقتصادية والبيئية للعائدين للإدمان : (السن ، المستوى التعليمي ، الوضع الوظيفي ، المهنة ، الحالة الاجتماعية ، المستوى الاقتصادي ، الحي السكني ، النمط المعيشي ، مكان النشأة) وكانت في الأسئلة رقم (٧ ، ٨ ، ٩ ، ١٠ ، ١١ ، ١٢ ، ١٣ ، ١٤ ، ١٥) . وقد طلب من المبحوثين الإجابة بوضع الرقم المناسب لترتيب المتغيرات أمام كل متغير . وتدرجت الاختيارات في بعضها من رقم (١ إلى رقم ٥)، وبعضها من رقم (١ إلى ٨) .

٣ ـ الأسئلة الخاصة بحجم الظاهرة من حيث نسبها وأنواع المواد الإدمانية . وكانت في الأسئلة رقم (١٦ ، ١٧ ، ١٨) . وقد طلب من المبحوثين الإجابة بوضع الرقم المناسب لترتيب المتغيرات أمام كل متغير . وتدرجت الاختيارات في بعضها من رقم (١ إلى رقم ٥)، وبعضها من رقم (١ إلى ٨) .

٤ ـ طبيعة ظروف العود للإدمان من حيث الحالة الصحية للعائد ، وكيفية الإحالة للمؤسسة العلاجية ، ومدة العود بعد تلقي العلاج ، والأعراض الخارجية للعائد ، وعدد مرات العود . وكانت في الأسئلة رقم (١٩ ، ٢٠ ، ٢١ ، ٢٢ ، ٢٣ ، ٢٤) . وقد طلب من المبحوثين الإجابة بوضع الرقم المناسب لترتيب المتغيرات أمام كل متغير . وتدرجت الاختيارات في بعضها من رقم (١ إلى رقم ٥) ، وبعضها من رقم (١ إلى ٨) .

٥ ـ الأسئلة الخاصة بالعوامل المؤثرة في العود للإدمان. وكانت في العبارات رقم (٢٥ ، ٢٦ ، ٢٧ ، ٢٨ ، ٢٩ ، ٣٠ ، ٣١ ، ٣٢، ٣٣ ، ٣٤ ، ٣٥ ، ٣٦ ، ٣٧ ، ٣٨). وكانت الإجابة بالاختيار من ثلاث خيارات هي: (موافق، لا أدري، غير موافق).

٦ ـ الأسئلة الخاصة بالجوانب التي يقترح التركيز عليها لمعالجة ظاهرة العود للإدمان، وكانت في العبارات التالية رقم (٣٩, ٤٠ , ٤١ ، ٤٢ ، ٤٣ ، ٤٤ ، ٤٥ ، ٤٦ ، ٤٧ ، ٤٨). وكانت الإجابة بالاختيار من ثلاث خيارات هي: (نعم، إلى حد ما، لا).

٧ـ الأسئلة الخاصة بالمقترحات التي يراها مسؤولو المؤسسات العلاجية للتعامل مع ظاهرة العود للإدمان، وكانت عبارة عن أسئلة مفتوحة من رقم (٤٩ ، ٥٠ ، ٥١ ، ٥٢ ، ٥٣ ، ٥٤ ، ٥٥ ، ٥٦). تركت الحرية للمبحوثين لوضع ما يرونه من مقترحات ثم قام الباحث بغلقها وترميزها إحصائياً.

١ . ٨ الأساليب الإحصائية المستخدمة

حيث أن هذه الدراسة تنتمي للدراسات الاستطلاعية فقد اعتمد الباحث على الإحصاء الوصفي لعرض نتائج الدراسة وتحليليها باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS) حيث استخدم لتحقيق أهداف الدراسة والإجابة عن تساؤلاتها عدد من الاختبارات الإحصائية الملائمة للبيانات الميدانية والتي من أهمها:

١ ـ معدل النسب والتكرارات المئوية(Frequency &percentage)لإيضاح وتفسير كثير من الظواهر المرتبطة بمشكلة البحث.

٢ ـ الجداول المفردة والمزدوجة لعرض متغيرات الدراسة .

٣ ـ الترتيب (RANKING) لعرض إجابات المبحوثين .

١ . ٩ حدود الدراسة

الحدود المكانية : عينة من الدول العربية وهي : المملكة العربية السعودية ، الجمهورية العربية السورية ، الجمهورية اللبنانية ، جمهورية السودان ، دولة قطر ، مملكة البحرين ، المملكة الأردنية الهاشمية ، سلطنة عمان .

الحدود البشرية : عينة من مسئولي المؤسسات العلاجية بالدول العربية بلغت (١٤) مسؤولاً .

الحدود الزمانية : ٢٠٠٥م . وقد طبقت الدراسة في الفترة من ٢٠/ ٤/ ٢٠٠٥م وحتى ١٠/ ٧/ ٢٠٠٥م .

الفصل الثاني

مفهوم العود والإدمان والمخدرات

٢ . مفهوم العود والإدمان والمخدرات

٢ .١ مفهوم العود RELAPSE

عادة ما يتداول الباحثين مفاهيم العود والعودة والانتكاسة بمعنى واحد . ويعد العود أشهر تلك المفاهيم ثم الانتكاسة والذي يعد حديثاً نسبياً ، وإن كان مفهوم العود أكثر استخداماً في مختلف أنواع الانحراف والجرائم ، بينما اقتصر مفهوم الانتكاسة على الانحراف في تعاطي وإدمان المخدرات .

وللحد من العود للمخدرات شددت القوانين والتشريعات الخاصة بالمخدرات في كثير من دول العالم ، من مضاعفة العقوبة أو تشديدها على من يتكرر عودتهم للمخدرات ، سواء من حيث التعاطي ، أو فيما يتعلق بجرائم المخدرات المختلفة كالتجارة والتوزيع والتهريب وغيرها (عبدالمطلب ، ٢٠٠٣ : ٢٨٤) .

ويعرف العود لغة فيقال : إنه عاد لما فعل ، أي أنه فعله مرة أخرى ، ويكفي الرجوع للشيء مرة واحدة ليسمى الفعل عوداً (ابن منظور ، ١٩٨٠ : ٣١٥) .

ويشير مفهوم العود لدى علماء الجريمة إلى أن الفاعل أو المنحرف الذي حكم عليه بعقوبة ، ونفذت فيه ولم يرتدع ولم يقلع عن الغي ، فأصبح بذلك يشكل خطراً كبيراً على المجتمع (الريس ، ١٩٩٥ : ٩) . كما يصنف العود في مجال الجريمة إلى عود خاص لجرائم محددة ، كالعائد للمخدرات أو للجرائم الأخلاقية ، وهناك العود العام للجريمة بغض النظر عن نوعها (حسن ، ١٩٩٩ : ١٥٣) . وهناك تصنيف حسب عدد الجرائم السابقة على الجريمة الجديدة ، فيكون هناك عود بسيط وعود متكرر ، وحسب التوقيت الزمني بين الجريمتين السابقة والجديدة ، هناك عود مؤبد وعود مؤقت والاختلاف بينها يكون في

الحكم القضائي للجريمة (انظر : الدوسري ، ١٩٩٦ : ١٢) . كما يصنف العائدون للإدمان وفق مدرسة علم الإجرام بأنهم الأشخاص الذين يتكرر سلوكهم الإجرامي مع رفضهم لتحمل الالتزامات الاجتماعية والاقتصادية ، أو هم مجرمون عائدون تعطلت لديهم الأنا بسبب حضور أو اضطراب عضوي عصبي نتيجة الإدمان (عبدالسلام ، ١٩٨٩ : ٢٣) .

وقد اختلف العلماء في تفسير العود للإدمان ، فهناك رأي «مارلت Marlatt1996 » الذي يرى أن العود هو ممارسة أو تعاطي أي نوع وبأي كمية فإن ذلك يعني العود للإدمان . وهو ما عرف بالاتجاه التقليدي لمفهوم العود . أو هو إخفاق في المحافظة على تغيير السلوك القديم عبر التوقف عن المادة الإدمانية (Daiey& Marlatt 1992) .

بينما هناك من يرى أن هناك فرقاً في التعاطي لمرة أو عدة مرات في تحديد هل عاد؟ أم لا ؟ أو العود الذي يكون ناجماً عن سلوك شخصي ، وليس سلوكاً مرضياً ، وقد يكون نتيجة لعوامل خارجية ، وقد يكون لفترة مؤقتة . وهنا يرى «ميلر Miller 1996 » ، أن تحديد العود يجب أن يتضمن سلوك تعاط مستمر بعد التعافي من الإدمان . كما أشار إلى أن الاختلاف في تحديد دقيق لمصطلح العود من الضرورة بمكان لارتباطه بمفهوم الوصمة في تحديد الشخص العائد من عدمه ، حيث أن قضية وصم الشخص بالعود قد تؤدي إلى الوصم بالفشل والضعف وقد تؤدي إلى الخجل الاجتماعي ، مما يؤثر على العائد إذا واجه هذه الحقائق من أفراد المجتمع . ويرى «انيستين Einsteion1994 »أن هناك عدداً من القضايا تحتاج لمناقشة وتحليل عند تحديد مفهوم العود ومحاولة الحد منه ، ومن أهم تلك القضايا تحديد مفهوم العود ذاته ، حيث يرى أن هذا المفهوم مازال غير واضح في الدراسات المتخصصة بالإدمان . حيث عرض لمجموعة من الدراسات المتخصصة أوجه اختلاف رؤيتها نحو العود .

كما تعني الانتكاسة Recidivist العود إلى استخدام المادة الإدمانية بعد التعافي، بحيث يكون هذا الاستخدام بشكل منظم، أما إذا كان العود لمدة محدودة، وكان الاستخدام لمرة واحدة أو عدد محدود من المرات فهو في هذه الحالة يعرف بالانزلاق أو الانتكاسة الصغيرة Lapse (الدخيل، ٢٠٠٥ : ١٧٠).

ويعرف «باركر» Parker الشخص العائد بأنه من يعود لحالته السابقة. أو هو العائد للتعاطي مرة أخرى بعد العلاج (العتيبي، ١٩٩٩ : ١١). كما عرف الريس (١٩٩٥) الشخص العائد أو المنتكس هو ذلك الشخص الذي يتعاطى المخدرات، ويتقدم بطلب العلاج بطوعه أو إجبارياً في إحدى المستشفيات المتخصصة في علاج المدمنين، وبعد علاجه وخروجه من المستشفى يقوم بممارسة التعاطي مرة أخرى. أما الشخص المنتكس وفقاً للعبد العزيز Abdulazizفيعني: أي الشخص يعود إلى حالته السابقة، وأيضاً من يعود إلى المؤسسة الاجتماعية لكونه قد كرر أو عاد إلى سلوكياته أو حالته التي تقوده لوضعه السابق (Abdulaziz,1992:14).

على أنه يجب أن لا ينظر للانتكاسة بيأس أو بفشل تام، ففي كل مرة تحدث الانتكاسة، فإن الفرد عادة ما يكتسب خبرات جديدة عن سلوكه، ويمكن أن يوظفها في محاولاته التالية في رحلته مع التخلص من السلوك الإدماني (أنظر، عبدالبر، ٢٠٠٤ : ٦١).

ويمكن أن تعني انتكاسة المريض بشكل عام بأنها عودة أعراض المرض مرة أخرى بعد الشفاء. أي أن الانتكاسة تعتمد أساساً على تلقي العلاج قبل حدوثها، أو تصبح آثاراً للتعاطي. وبالتالي نعرف مصطلح العود بأنه حالة الشخص الذي يعود لتعاطي المخدرات بعد علاجه منها. ويكون العائد للإدمان هو الشخص الذي عاد للتعاطي مرة أخرى بعد علاجه من الإدمان قبلها، وتم خروجه من مؤسسة علاجية بعد تلقيه برنامجاً علاجياً.

٢ .٢ الإدمان Addiction

الإدمان بشكل عام هو سوء استعمال العقاقير أو الكحوليات ويصبح المدمن تحت تأثيرها في جميع تصرفات حياته ولا يمكنه الاستغناء عنها. وبمجرد نفاذ مفعولها يلجأ إلى البحث عنها، وتصبح شغله الشاغل متجاهلاً أي شيء مهم آخر، أو الالتفات إلى حقيقة اعتماده الإدماني عليها، والذي يوصل له الشعور بالسعادة والانبساط الذي يترجم من الناحية الأخرى، ويرى في صورة ملموسة من تدمير مستقبله وعائلته وحياته بأكملها. وقد تزايد الاهتمام في السنوات الأخيرة بمشكلة الإدمان نظرا لارتباطها بالعديد من المشكلات الخطيرة والمدمرة. وينعكس هذا الاهتمام فيما تقوم به الدولة على اختلاف أجهزتها من جهود سواء على المستوى المحلي، أو على المستوى العالمي عن طريق التعاون الدولي في سبيل مواجهة هذه الظاهرة والتصدي لها والذي يتخذ أشكالا متعددة.

ويرتبط بالإدمان عدة مفاهيم والتي منها مفهوم التعود Habituation ومفهوم الاعتماد Dependence ، كما ربط به مفهوم الاعتياد، والاستعمال غير الطبي وإن كانا يستخدمان كثيراً وبنفس المعنى (عواد، ٢٠٠٣ : ١٤– المصري، ٢٠٠١ : ١٥٢). كما أن البعض يعرض لمفهوم سوء الاستعمال Substance abuse ليشير إلى تعاطي المخدرات بطريقة مضرة (صادق، ١٩٩٩ : ٥٥) وكانت منظمة الصحة العالمية قد أصدرت منذ عام ١٩٦٤ تعميما استبدل فيه كلمة الإدمان لكلمة أخرى وهي الاعتماد على المخدراتDrugs dependence (عواد، ٢٠٠٣ : ١٤).

ويختلف العلماء في تعريف كلمة «إدمان» فيصر البعض على أن الكلمة لا تنطبق إلا على مواد قد يتناولها الإنسان، ثم لا يستطيع الاستغناء عنها،

وإذا استغنى عنها تسبب ذلك في حدوث أعراض الانسحاب لتلك المادة التي تعرضه لمشاكل بالغة ، وبالتالي لا يستطيع أن يستغني عنها مرة واحدة ، بل يحتاج إلى برنامج للإقلاع عن تلك المادة باستخدام مواد بديلة وسحب المادة الأصلية بشكل تدريجي ، كما هو الحال في أغلب حالات المخدرات .
في حين يعترض بعض العلماء على هذا المفهوم الضيق للتعريف ، حيث يرون أن الإدمان هو عدم قدرة الإنسان على الاستغناء عن شيء ما ، بصرف النظر عن هذا الشيء طالما استوفى بقية شروط الإدمان من حاجة إلى المزيد من هذا الشيء بشكل مستمر حتى يشبع حاجته حين يحرم منه (خيال ، ٢٠٠١) .

أو أن الإدمان هو الحالة الناجمة عن تكرار استعمال المادة المخدرة بطريقة منتظمة ، وهذه الحالة تتميز بالصفات التالية :

- الرغبة القهرية في سبيل الحصول على المخدر (التعلق) .
- الميل إلى زيادة الجرعة .
- ظهور ما يسمى بالاعتماد النفسي و الفيزيولوجي (منصور ، ١٩٨٦ : ٢٤) .

كما يعني الإدمان المداومة على تعاطي مادة أو مواد معينة ، أو القيام بأنشطة محددة لفترة زمنية طويلة بقصد الدخول في حالة من النشوة أو إبعاد الحزن أو الاكتئاب (البريثن ، ٢٠٠٢ : ١٦) .

وتعرف منظمة الصحة العالمية الإدمان : (حالة من التخدير المؤقتة أو المزمنة التي تنشأ عن تكرار التعاطي لمادة مخدرة طبيعية أو مصنعة أو تخليقية) (غويدي ، ١٩٨٩ : ٩) . ونجد هنا إن للاعتماد على المخدرات شروطاً أوردتها منظمة الصحة العالمية :

أ ـ وعي ذاتي برغبة مندفعة للتعاطي .

ب ـ مؤشر التكيف العصبي حيث يتم التعاطي ولكي يتجنب المدمن الأعراض المؤلمة مثل الصداع التوتر وعدم القدرة على التركيز واضطرابات الإدراك وغيرها .

جـ ـ يحظى الإدمان بأولوية تفوق أهمية باقي مظاهر السلوك اللازمة للحياة ، فالمدمن يعطي الأهمية للحصول على المخدر بقدر يفوق أولوية حصوله على أي شيء آخر مهما كان ضروريا .

ويعتبر الإدمان حالة تعلق أو اعتماد شديد من جانب الشخص على تناول مادة ما بغرض إحداث تغيرات نفسية من خلال تأثير هذه المادة على الجهاز العصبي ولبعض هذه المواد خاصية التدخل في كيميائية الجسم حيث يعتادها الجسم ولا يعود قادرا على الاستغناء عنها .

ونجد أن حدوث الإدمان يحتاج إلى توافر عوامل ثلاثة :

١ ـ توافر المادة المدمنة : ويختلف حال الفرد ومظاهر الإدمان باختلاف المادة المستخدمة .

٢ ـ الشخص المدمن : شخصية قابلة للاعتمادية أو لظروف خارجية خاصة يخضع لها .

٣ ـ الظروف البيئية والاجتماعية والثقافية (الجوير ، ١٩٩٨ : ١٩٤) .

ويرى البعض قصر مفهوم الإدمان على تعاطي المخدرات التي يرافقها اعتماد جسمي ، وليس على عادة تعاطي المخدرات (أبو عمه ، ١٩٩٨ : ٢٢) . وهناك بعض علماء النفس الذين يصنفون مشكلات إدمان المخدرات ضمن السلوك المضاد للمجتمع أو السلوك السيكوباتي فهناك مجموعة من العوامل الاجتماعية تسهم في هذه المشكلة وتجعل منها خطرا يهدد الأمة

والتقدم فيها، وكذا هناك عوامل فردية كامنة في شخصية المدمن تقوده للإدمان. وقد نظر الكثير من العلماء والباحثين إلى الإدمان كسلوك مرضي باعتباره لا يقوى الراشد على مواجهة آثاره النفسية بحلول واقعية مناسبة سواء كان ذلك نتيجة لضخامة الإحباط أو الاستعداد وعدم قدرته على احتمال الإحباط (عبدالمنعم، ١٩٩٧).

فالإدمان محصلة لعوامل مركبة بعضها فسيولوجي والآخر سيكولوجي اجتماعي. ونجد أن المدمنين يشتركون في معاناتهم من اضطرابات الاتصال على مختلف الصور. كما أن مواد الإدمان تؤثر أولاً على وعي المدمن وحواسه مما يؤدي إلى اضطراب اتصاله بالواقع والآخرين، وأن تأثير المواد على صعيد الجهاز العصبي ينعكس باضطراب إحساس المدمن بذاته وجسده والعالم الخارجي، هذا الاضطراب يوجد علاقة مضطربة بين المدمن والواقع، بدا من اضطراب إحساسه بالوقت وصولا إلى اضطراب اتصاله بالواقع والآخرين (قرني، ١٩٨٦).

كما يعد الإدمان من المنظور السيكودينامي علاجاً نفسياً ذاتياً، يقوم به الفرد بعد أن يجد ضالته في عقار بعينه لغياب الحماية الذاتية إزاء التعامل مع الاحباطات (السيد، ٢٠٠٤ : ١٧٨). فالاستعداد للتعاطي ومنه الإدمان يسبق خبرة التخدير.

كما ظهر مؤخراً مفاهيم للإدمان ترتبط بغير المخدرات، كإدمان التدخين، وإدمان المسكنات، وإدمان الإنترنت، وإدمان السفر، وإدمان القراءة والكتاب، وأجريت عدد من الدراسات على هذه الأنواع من الإدمان، إلا أن موضوع إدمان المخدرات ظل هو أهم تلك الأنواع وأشدها خطورة على الفرد والمجتمع والإنسانية.

٢ .٣ مفهوم المخدرات Drugs

اتفقت غالبية الدراسات والأدبيات المتخصصة على تعاريف شبه موحدة للمخدرات سواء من الناحية اللغوية أو الاجتماعية أو العلمية أو القانونية والتي منها :

١ ـ التعريف اللغوي للمخدرات : المخدرات لغة أتت من اللفظ (خدر) ومصدره التخدير ، ويعني (ستر) بحيث يقال تخدر الرجل أو المرأة أي استتر أو استترت وخدر الأسد (التزم عرينه) ويقال يوم خدر (يعني مليء بالسحاب الأسود) وليلة خدرة (الليل الشديد الظلام)، ويقال أن المخدر هو الفتور والكسل الذي يعتري شارب الخمر في ابتداء السكر أو أنها الحالة التي يتسبب عنها الفتور والكسل والسكون الذي يعتري متعاطي المخدرات كما أنها تعطل الجسم عن أداء وظائفه وتعطل الإحساس والشعور (ابن منظور ، ١٩٨٠) .

٢ ـ التعريف العام للمخدرات : كل مادة خام من مصدر طبيعي أو مشيدة كيميائيا ، تحتوى على مواد مثبطه أو منشطة إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية ، فإنها تسبب خللاً في العقل ، وتؤدي إلى حالة من التعود أو الإدمان عليها مما يضر بصحة الشخص جسمياً ونفسياً واجتماعياً (للتوسع ، انظر : الدمرداش ، ١٩٨٢) . وعرف الفقهاء المخدر ، أو المفسد بأنه تغطية العقل مع الشدة المطربة ، أي هو ما غيب العقل والحواس من غير نشوة ولا طرب ، وذكروا الحشيش مثالاً عليه (التركي ، ١٩٨٩) . والمخدر مادة كيميائية تسبب النعاس أو النوم أو غياب الوعي المصحوب بتسكين الألم وكلمة مخدر ترجمة لكلمة Narcotic المشتقة من الإغريقية Narkosis التي تعني

مخدراً أو يجعل الفرد مخّدراً. أو أن المخدر: هو العقار الذي يؤدي تعاطيه إلى تغير حالة الإنسان المزاجية وليس الجسدية (عواد، ٢٠٠٣: ٣٨). أما تعريف منظمة الصحة العالمية والتي عرفت المادة المخدرة بأنها: أي مواد يتعاطاها الكائن الحي بحيث قد تعدل وظيفة أو أكثر من الوظائف الحيوية.

٣ـ التعريف القانوني: تعرف المخدرات قانونيا على أنها مجموعة من المواد التي تسبب الإدمان، وتسمم الجهاز العصبي المركزي ويحظر تداولها أو زراعتها أو تصنيعها إلا لأغراض يحددها القانون ولا تستخدم إلا بواسطة من يرخص له بذلك. وتعريف القانون للمادة المخدرة هو: المادة المخدرة هي: العنصر أو المركب أو المحلول المحتوي على الأفيون أو الحشيش أو الكوكا أو الهيروين بنسبة خاصة يكون من شأنها أن تفتر الجسم أو العقل أو تهيج الشعور ذلك لأن معظم المواد المخدرة لابد وأن تحتوي على الأفيون أو الحشيش أو الهيروين أو نبات الكوكا من شأنها إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية والصناعية الموجهة لها أن تؤدي إلى حالة من التعود أو الإدمان (المصري، ٢٠٠١: ١٥١).

٤ـ التعريف الاجتماعي: يعرفها بأنها تلك المواد التي تؤدي بمتعاطيها ومتداولها إلى السلوك الجانح، وهي أيضا تلك المواد المذهبة للعقل فيأتي مستعملها سلوكا منحرفا.

وللمخدرات أنواع كثيرة وتصنيفات متعددة، وهي حسب تأثيراتها يمكن أن تصنف في أربعة أقسام:

أـ مسببات النشوة مثل الأفيون ومشتقاته كالمورفين والهيروين والكوكائين.

ب ـ المهلوسات كالميسكالين وفطر البينول والقنب الهندي وفطر الأمانين والبلاذون والبنج . وكلا القسمين يجمعهما تحت اسم المخدرات المكيفة .

جـ ـ المخدرات الطبية العامة : وتطلق على مزيلات الألم ومانعات حدوثه ومنها ما يحقن موضعياً (المخدرات الموضعية) لتمحو الألم الموضعي كالنوفوكائين والليدوكائين وهي لا تحدث اعتياداً ولا تغيب العقل ومنها ما يسمى بالمخدرات العامة التي يزيل حقنها أو استنشاقها حس الألم وبقية الأفعال الانعكاسية ويحدث فيها النوم والتخدير معاً وتطبق قبل الأعمال الجراحية (مثل الإيتر والكلوروفورم وأول أوكسيد الآزوت وغيرها) .

د ـ المنومات (المرقدات) : كالباربيتوريات والبارالدهيد وغيرها . وهناك زمرة تدعى بالمخدرات المنومة ، وهي منومات بمقاديرها الصغيرة ، ومخدرة بمقاديرها الكبيرة كالكلورال والبنتوتال . وكل المخدرات العامة الطبية تدخل عند الفقهاء تحت اسم المنومات وتأخذ حكمها . (منصور ، ١٩٨٦ : ١٨) .

كما أن بعض الباحثين يقسمها إلى مخدرات كبرى وصغرى . المخدرات الكبرى هي ذات الخطورة الكبيرة عند تعاطيها والإدمان عليها كالأفيون والحشيش والمارجوانا والهيروين وغيرها . أما المخدرات الصغرى فهي ذات خطورة أقل وتمثل جانباً من العقاقير المستخدمة أحياناً في العلاج الطبي وتسبب الإدمان لمتعاطيها عند استخدامها لفترة طويلة كالمنبهات ، والمهدئات ، والمنومات ، والمسكنات ، والكوكا وجوزة الطيب ، وغيرها (انظر : مركز أبحاث الجريمة ، ١٩٨٥) .

الفصل الثالث

المواد الإدمانية : أنواعها وآثارها

٣ . المواد الإدمانية: أنوعها وآثارها

إن استخدام المخدرات قديم قدم البشرية . وعرفتها أقدم الحضارات في العالم فقد وجدت لوحة سومرية يعود تاريخها إلى الألف الرابعة قبل الميلاد تدل على استعمال السومريين للأفيون وكانوا يطلقون عليه نبات السعادة وعرف الهنود والصينيون «الحشيش» منذ الألف الثالث قبل الميلاد كما ورد في كتاب صيدلة ألفه الإمبراطور شينغ نانج. كما وصفه هوميروس في الأوديسا. وعرف الكوكائين في أمريكا اللاتينية منذ عام ٥٠٠ ق.م وكان الهنود الحمر يمضغون أوراقه في طقوسهم الدينية. أما القات فقد عرفه الأحباش قديماً ونقلوه إلى اليمن عام ٥٢٥ ميلادي. وفي أوائل القرن التاسع عشر تمكن الألماني سيدترونر من فصل مادة المورفين عن الأفيون وأطلق عليها هذا الاسم نسبة إلى مورفيوس إله الأحلام عند الإغريق.

وفي المشرق الإسلامي يرجح ابن كثير أن الحسن بن الصباح في أواخر القرن الخامس الهجري، الذي كان زعيم طائفة الحشاشين، وكان يقدم طعاماً لأتباعه يحرف به مزاجهم ويفسد أدمغتهم. وهذا يعني أن نوعاً من المخدرات عرفه العالم الإسلامي في تلك الحقبة. ويرى المقريزي أن ظهور الحشيشة كان في أول القرن السابع الهجري على يد «الشيخ حيدر» من جهلاء المتصوفة وكان يدعوها بحشيشة الفقراء (الدمرداش، ١٩٨٢- منصور، ١٩٨٦).

٣ . ١ أنواع المواد الإدمانية

عند الحديث عن أنواع وتصنيفات المواد الإدمانية نجد التنوع الكبير فيها، والتجدد المستمر فيها خاصة المصنع منها، إلا أن معظم الكتب المتخصصة

في أنوع المواد الإدمانية أو المخدرات اتفقت على تصنيفات عامة لتلك الأنواع، ومن خلاصة مجموعة من المراجع المتخصصة بالإدمان نعرض بشكل مختصر لأهم تلك الأنواع مع التركيز على طرق استخدامها وآثارها، وهي كما يلي:

٣ . ١ . ١ زمرة الأفيون ومشتقاته

١ ـ الأفيون

وهو من أخطر المخدرات، يتحصل عليه بإجراء شقوق في ثمار الخشخاش غير الناضجة فيسيل على شكل عصارة تجمع وتجفف، لها طعم مر وتدخل في تركيب عدد من العقاقير. ويتعاطى الأفيون ببلعه صرفاً أو مع الشاي أو القهوة، أو تدخيناً مع السجائر أو الشيشة. ويشعر متعاطيه في البدء بالتنبه والنشاط وقدرة على التخيل والكلام، لكن هذا لا يدوم طويلاً إذ تضطرب الحالة النفسية ويبطؤ التنفس وينتهي به الأمر إلى النوم العميق أو السبات. والأفيون إذا تعود عليه الشخص صار جزءاً من حياته ولا يستطيع جسمه أداء وظائفه دون تناول الجرعة المعتادة. ويشعر بآلام حادة إذا لم يحصل عليه وتتدهور صحته. وتضمر عضلات المدمن وتضعف ذاكرته وتقل شهيته للطعام وتحدث زرقة في العينين وبطء في التنفس والنبض، وينقص وزنه وينخفض عنده التوتر الشرياني وحرارة البدن.

٢ ـ المورفين

يستخلص من الأفيون الخام بتفكيكه في الماء ثم معاملته بالليمون وإضافة كلور الأمونيوم إلى المحلول، فيترسب المورفين الذي يجفف على شكل مسحوق أبيض مصفر. وقد رحب به طبياً حين اكتشافه لأثره الكبير

في تسكين الآلام، ثم اكتشف خطره العظيم بإحداثه الإدمان والاعتياد الجسمي والنفسي عند متعاطيه . ويتعاطى المورفين إما حقناً تحت الجلد أو بلعاً مع الشاي أو القهوة، أو تدخيناً مع التبغ . ويشعر متعاطيه بالخفة والنشاط والذي يتطور إلى رغبة عارمة في تعاطيه ومن ثم يحصل ازدياد التحمل وزيادة الجرعة للحصول على نفس تعاطيه ومن ثم يحصل ازدياد التحمل وزيادة الجرعة للحصول على نفس النشوة . ويؤدي إدمانه إلى سيلان الأنف والإقياء المتكرر والقبض ثم إلى تشوش في الإدراك وضعف عام ودوار وخفقان وجفاف الفم .

وتحدث الجرعة الزائدة إحباطاً لمركز التنفس وهبوط الضغط الدموي وقد يحدث السبات الذي ينتهي بالوفاة . الهيروين : أو الديامورفين مسحوق بللوري أبيض يستخلص من المورفين وهو مسكن قوي (أكثر من المورفين بـ ٥ ـ ٨أضعاف) وهو أغلى المخدرات ثمناً وأشدها فعالية وأكثرها اعتياداً على الصحة العامة . يتعاطى الهيروين بحقن محلول تحت الجلد أو في الوريد مباشرة كما يمكن تدخينه مع التبغ أو استنشاقه . ويشعر متعاطيه في البدء بالنشاط والخفة والحبور ويبدأ الاعتياد باستعماله المتكرر حيث يحتاج إلى كميات أكبر لإحداث نفس الأثر، ثم لا يلبث المدمن أن يلهث للحصول عليه حيث لا سرور ولا انشراح سوى الحاجة إليه وللقضاء على الآلام المبرحة وتصلب العضلات وغيرها من آلام الانقطاع . ويصاب المدمن بضعف جسماني شديد وفقد الشهية والمعاناة من الأرق والخوف الدائم الذي يطارده، ومن اختلاطات استعمال الحقن الملوثة كتجرثم الدم والتهاب الكبد الفيروسي والإيدز اللعين، وقد يحدث الموت نتيجة جرعة مفرطة .

٣ ـ الحشيش والماريجوانا

ويستخرجان من نبات القنب الهندي الذي يزرع بشكل واسع في إيران والهند ولبنان وتركيا ودول شرق آسيا. وما الحشيش سوى العصارة الصمغية التي تفرزها الأجزاء العليا النامية من النبات وفي الأزهار أما الماريجوانا فهي مسحوق خليط الأوراق المثمرة والأزهار. وكلاهما يتعاطى بالتدخين لوحدهما أو بعد مزجه بالتبغ. وقد تخلط مع الشاي أو مع أنواع من الحلويات.

ويشعر متعاطي الحشيش بالنشوة المصحوبة عادة بالضحك والقهقهة غير المبررة وتختل أحجام وأشكال المرئيات والمسافات، ويمر الزمن ببطء شديد عنده وتختل ذاكرته بالنسبة للأحداث القريبة كما ينزلق في الخيال مع ازدياد الجرعة فيخطئ في تفسير ما تدركه الحواس ثم تعتريه الهلوسات السمعية والبصرية، وله آثار مزعجة لمن يتعاطاه ابتداءً إذ قد يؤدي إلى فقدانهم السيطرة على النفس مع قلق شديد. ويتصف المدمن باحمرار عينيه وانخفاض ضغطه الدموي وتسرع دقات القلب، وتتعطل خمائر الكبد مما يقلل فعالية معظم الأدوية التي يتناولها المدمن. كما يتعرض المدمن لكل مخاطر التدخين التي ذكرناها في بحثها.

أما أعراض الانقطاع المفاجئ فأهمها الشعور بالاكتئاب والقلق ورجفان الأطراف (الرعشة) واضطراب النوم. ويمكن أن نلخص المضاعفات التي يمكن أن يتعرض لها المتعاطي على المدى البعيد :

أ ـ متلازمة انعدام الحوافز من كسل وبلادة وفقدان الطموح.

ب ـ المضاعفات العقلية من ضعف الذاكرة والتبلد الذهني وعدم القدرة على التركيز.

جـ- التصاعد : قد يكون الحشيش أقوى من غيره خطراً من المخدرات عندما يتعاطى لوحده لكن أكبر أخطاره، تصاعد ميول المتعاطي ليشاركه مع غيره من المخدرات كالهيروين والكوكايين والمنومات.

د- الحشيش والجريمة والعنف تتواجد دائماً مع بعضها حيث يفقد المدمن سيطرته على نفسه ويندفع إلى الجريمة والعنف.

٤ ـ القات Catha

أدرجت منظمة الصحة العالمية «القات» ضمن المواد المخدرة وهو عبارة عن شجيرات دائمة الخضرة، موطنها الأصلي الحبشة، وقد نقلها الأحباش إلى اليمن عند احتلالهم لها في القرن السادس الميلادي وانتشرت زراعته في الجنوب العربي حيث أصبح المواطن اليمني والحضرمي أسير أوراقها اللامعة يملأ بها فمه يمضغها في كل مكان مضغاً بطيئاً يتم معه استخلاص عصارة النبات المرة القلوية وارتشافها مع الماء بلذة زائدة.

ويؤدي تعاطي القات إلى الشعور بالخفة والنشاط والثرثرة مع تهيج وأرق واستمرار تعاطيه يدخل صاحبة في زمرة الإدمان النفسي الذي يتميز بالحاجة الملحة للحصول عليه. ويتظاهر عنده باتساع حدقة العين وتسرع القلب وارتفاع الضغط الدموي وصداع واحتقان الملتحمة والضعف الجنسي الذي ينتهي بالعنانة. وله تأثيرات عصبية نفسية منها زيادة التوتر العصبي النفسي مع زيادة في الحركة والميل إلى العنف يرافقها تصرفات لا إرادية، والمقادير الكبيرة منه تؤدي إلى الهلوسة وجنون العظمة والهيجان العصبي (انظر: أحمد، ١٩٨٩).

٣ . ١ . ٢ المنبهات (المثيرات) Stimulants

وهي مخدرات تعمل بآلية تنبيه الجهاز العصبي المركزي لأنها تنتج الطاقة وتعطي القوة لمتعاطيها حتى ولو كان يشعر بالتعب والفتور وتولد الشعور بالنشاط والإثارة وتمكنه من البقاء يقظاً خطيراً دون أن يحدث اعتياد جسدي، ومنها :

الكوكائين : استخرج من نبات الكوكا لأول مرة منذ حوالي مائة سنة وهو منبه قوي ومخدر موضعي فعال . وأكثر ما يتعاطى نشوقاً حيث يمتص من الأغشية المخاطية للأنف ليصل مباشرة إلى الدم . لذا فإن شمه المستمر قد يؤدي إلى تقرحات في تلك الأغشية ثم إلى انثقاب الجدار بين المنخرين . كما يتعاطى حقناً تحت الجلد ويمكن أن تحدث نخوراً سريعة فيه وتقرحات مؤلمة كما قد يتعاطى بتدخين عجينة الكوكا .

يسبب تعاطيه لفترة قصيرة قدراً من الشعور العارم بالابتهاج والنشاط وقد يتبع ذلك شعور بالاهتياج والقلق أو الخوف حتى الهلوسة . وتسبب جرعاته الكبيرة عدم النوم والرجفان والتشنجات وأوهام الارتياب التي تقود إلى سلوك شاذ وعنيف . ويضطرب التنفس والهضم، مع الإحساس بوجود حشرات تزحف تحت الجلد، وتتسع حدقة العين ويرتفع النبض والضغط الدموي علاوة على حدوث اعتياد نفسي شديد، وقد يؤدي إلى الموت المفاجئ. والخطر الأكبر من تدخينه صافياً إمكانية حدوث اعتياد جسدي مع الخطر المتنامي من إشراكه مع الهيروين حيث يؤدي إلى إدمان مزدوج خطر للغاية .

والكوكائين بمقاديره القليلة يزيد الرغبة الجنسية والقدرة على الجماع ويؤخر القذف عند الرجل، وهذا ناجم غالباً عن أنه يشوه ويحرف الإدراك الزمني، وحقنه الوريدي يؤدي إلى نشوة عارمة، لكن إدمانه يؤدي إلى العكس، إلى فقدان كامل للاهتمامات الجنسية.

الأمفيتامين: عقار صنع في ألمانيا عام ١٨٨٠ واعتبر دواءً آمناً ذا قيمة طبية جيدة إلا أنه ثبت أن استعماله يعرض لمخاطر الاعتياد. ويحدث لمتعاطيه شعور بالنشوة والنشاط وفقد النعاس وحصوله على طاقة كبيرة لبضع ساعات حيث يبدو بعدها منهكاً مع الإحباط وعدم القدرة على التركيز والشعور بنوع من المضايقة قد يدفعه إلى العنف. وإدمانه يؤدي إلى خفقان وجفاف فم وأرق وعدم القدرة على الاسترخاء، ثم تتسع الحدقة ويتسرع النبض ويرتفع الضغط مع إمكانية حصول حصار قلبي وغثيان.

وفرط الجرعة يؤدي إلى حدوث غشي ورجفان قد يؤدي إلى الموت. وهو مثير للجهاز العصبي ويزيد الشعور الجنسي بمقاديره القليلة عند الجنسين، لكن إدمانه يؤدي إلى فقد الاهتمام الجنسي، والضعف الجنسي، وإن تناوله من قبل المضطربين جنسياً يقود إلى الاستمناء القسري وإلى الشذوذ الجنسي وإلى السادية أحياناً.

٣ . ١ . ٣ المخدرات المهلوسة

المهلوسات مواد تقلب الوضع النفسي وتجعل الإنسان عاجزاً عن مقاومة الخيال واللامعقول. ويختلف تأثيرها حسب شخصية المتعاطي وكمية المخدر المتناول. ففي بدء تناولها يشعر الشخص بوهن وغثيان ودوران

خفيف وشحوب، ثم يبدأ الدوار الفعال بحدوث أهلاس بصرية حيث تبدو أمامه الألوان الزاهية براقة. وإذا أغمض عينيه شاهد عرضاً لمشاهد غريبة من صور لا معقولة ومناظر خلابة. كما يصاب بأهلاس سمعية لأصوات وموسيقى غريبة ويفقد الشعور بالزمن والمسافات، وأخيراً يشعر بارتخاء القدمين وتشنج في الوجه وذبول وخمول.

من هذه المخدرات ما هو قديم جداً كفطر الأمانينا ماسكاريا الذي استعمله الهندوس القدامى وكهنة الإغريق، وفطر الزايلوساين الشائع في أمريكا الجنوبية والمسكالين وهو خلاصة صبار البيوتي الذي استعمله الهنود الحمر في طقوسهم، وعرف العرب جوزة الطيب وهي نبات يزرع في الهند ويستخدم المتعاطي ثمارها باستحلابهم ضمن فمه أو تذاب مع الشاي أو تستخدم نشوقاً. تنشط بجرعاتها الصغيرة. وتؤدي إلى ما ذكرناه من أعراض الهلوسة مع الإدمان.

وأخطر المهلوسات المصنعة ما يسمى بالـ L. S.D الذي يستخرج من فطر الجودر Ergot استخدم كعلاج في الاضطرابات النفسية لكن مضاعفاته الخطيرة منعت استعماله الطبي. يتعاطى عن طريق الفم والحقن الوريدي ويؤدي إلى ارتفاع الضغط وسرعة النبض والغثيان ورجفة اليدين والإقياء وإدمانه يؤدي إلى ظهور الهلوسة البصرية، وتتغير المرئيات وتختلط الحواس، وقد يصاب بالفزع الشديد المؤدي إلى الانتحار. ومن اختلاطاته الهذيان والشعور بالاضطهاد كما أنه يؤدي إلى عطب صبغيات نواة الخلايا وإلى تشوه الأجنة عند المدمنات الحوامل (سلامة والعمروسي، ٢٠٠١).

٣ .١ .٤ المنومات (المرقدات)

المنومات أدوية تعمل بقدرتها الخافضة للجهاز العصبي المركزي فتؤدي إلى تهدئة الشخص وتنويمه وقد تسبب بعض المنومات اعتياداً نفسياً عليها وخاصة الباربيتوريات وإن فرط الجرعة، قد يحدث اختلاطاً عقلياً وصعوبة في التفكير واختلاطاً ذهنياً وعدم استقرار عاطفي واضطراباً نفسياً جسمياً. كما أن فرط الجرعة يؤدي إلى الارتعاش وازدياد النبض والغثيان والدوار وقد يؤدي إلى هلوسة شديدة وإلى أضرار دماغية مميتة.

إن خطر الاعتياد على المنومات يجب أن يحذره كل من المريض والطبيب الممارس على السواء إذ إنها تشكل مشكلة طبية واجتماعية خطيرة فيجب ألا تصرف إلا بوصفة طبية ولفترة محدودة. والمنومات بجرعاتها الصغيرة المحدودة تفيد لمعالجة القلق والخوف كما أن لها تأثيراً مؤقتاً محرراً للتصرف الجنسي من الكبت فيمكن أن تحسن في القيام بالوظيفة الجنسية. غير أن فرط الجرعة تخمد كافة التصرفات الشخصية بما فيها الجنس.

٣ .١ .٥ المذيبات الطيارة

مجموعة من المواد أدرجتها منظمة الصحة العالمية عام ١٩٧٣ مع المواد التي تسبب الإدمان، وكلها تستعمل بكثرة في الاستعمالات المنزلية وتحتوي على فحوم مائية متطايرة كالتولوبن والبنزين وثري كلور إيتلين والغراء ومزيل طلاء الأظافر وسوائل التنظيف. يتم تعاطيها باستنشاق أبخرتها بعد غمس قطعة من القماش في السائل. ثم يتم استنشاقها مراراً حتى الحصول على حالة من السكر، وقد يؤدي إلى الدوار والاسترخاء والمهلوسات البصرية والغثيان والقيء، ويشعر بالنعاس مع شعور غريب يشبه الحلم (انظر، السدحان، ١٩٩٨).

ويسبب إدمانها عطب القلب والكبد. كما يتعطل نخاع العظم الصانع للكريات الحمر فيؤدي إلى فقر دم شديد بالإضافة إلى عطب المخ المؤدي إلى الخرف. ومن أخطارها : الانتحار والموت المفاجئ لتوقف التنفس أو تقلص القلب وتدفع صاحبها إلى جرائم العنف وحوادث السيارات (منصور، ١٩٨٦).

٣ .٢ الآثار الناجمة عن الإدمان

يؤدي الإدمان على المخدرات بشكل عام إلى ضمور قشرة الدماغ التي تتحكم في التفكير والإدارة. وتؤكد الأبحاث الطبية أن تعاطي المخدرات ولو بدون إدمان، يؤدي إلى نقص في القدرات العقلية وإلى إصابة خلايا المخيخ بالضمور مما يخل بقدرة الشخص على الوقوف من غير ترنح.

أما انحلال نخاع القنطرة الوسطى عند المدمن فيؤدي إلى شلل النصف السفلي من الجسم. كما يصاب المدمن بنوبات من الهذيان والارتعاش وفقدان وعيه وتليف كبده وتضخم طحاله، ويصاب بالتهاب الأعصاب المتعددة، ومنها العصب البصري، المفضي إلى العمى وإلى التهاب مزمن في البلعوم والمرئ قد يفضيان إلى سرطان المرئ، كما أن القيء المتكرر، وفقدان الشهية يؤديان بالمدمن إلى الهزال الشديد، وتؤدي المخدرات إلى تهيج الأغشية المخاطية للأمعاء والمعدة وإلى احتقانها وتقرحاتهما. وحدوث نوبات إسهال وإمساك وسوء هضم مع سوء امتصاص للغذاء.

ومن أبرز أضرار المخدرات النفسية الشعور بالاضطهاد والكآبة والتوتر العصبي النفسي وحدوث أهلاس سمعية وبصرية مثل سماع أصوات ورؤية أشياء لا وجود لها، وتخيلات قد تؤدي إلى الخوف فالجنون أو الانتحار،

كما يحدث اضطراب في تقدير الزمان والمكان مما ينتج عنه أحكام خاطئة، وضعف في التركيز. مما يقلل من تفاعل المدمن مع محيطه بحيث لا يسعده شيء سعادته بالحصول على المخدرات.

وبالتالي أصبح كل واع ومدرك يعرف الآثار والأضرار الناجمة عن المخدرات. وهناك اتفاق عالمي في مختلف الدراسات والبحوث على نوعية تلك الآثار وتصنيفاتها وضرورة العمل وبشكل حثيث على مواجهتها، (للتوسع انظر: قرني، ١٩٨٦، غباري، ١٩٩١، ، سويف، ١٩٩٦، عبدالمنعم، ١٩٩٧، عواد، ٢٠٠٣، سلامة والعمروسي، ٢٠٠١، الأصفر، ٢٠٠٤). وجميعها اتفقت على عدد من الآثار الناجمة عن المخدرات والإدمان. ويمكن تلخيص ذلك وإيجازه كما في الجدول التالي:

المادة	التعريف	الآثار	طرق التعاطي
الأفيون	المصدر الوحيد الذي يؤخذ منه هذا الأفيون هو شجرة الخشخاش: كما توجد أنواع عديدة من الأفيون الخام مثل الهندي والتركي واليوجوسلافي وتختلف جودته باختلاف نسبة المورفين والكودين.	- الشعور المؤقت بالنشوة والارتياح الزائف. - زيادة الخمول والقلق والضيق في التنفس والدوار وانخفاض حرارة الجسم. - يظهر الهزال بمعدلات سريعة وكل هذه الأعراض ناتجة عن تكرار التعاطي أي الوصول إلى مرحلة الإدمان.	- التدخين. - الاستحلاب. - يبتلع مباشرة مع قليل من الماء ثم يشرب مع القهوة. - في المشروبات الساخنة.
المورفين	من أقوى المواد المؤثرة في تخفيف الآلام وهو يستخدم علاجيا على نطاق واسع	- ضعف البنية، وهن الجسم، فقدان الشهية، ضيق في حدقتي العين، الضعف الجنسي، تدهور العمليات العقلية، التدهور الخلقي، اللامبالاة، التشنجات وتقلص عضلات المعدة	غالبا ما يؤخذ بالحقن تحت الجلد أو على هيئة أقراص

المـــادة	التعريـــف	الآثـــــــار	طرق التعاطـــي
الكوداين	وهو مثل المورفين يستخدم على نطاق واسع في عقاقير علاج السعال ومسكنات الآلام وإن كانت فاعليته أقل من المورفين ويوجد في صورة بلورات من مسحوق أبيض أو على هيئة شراب سائل أو محلول.	- وهي تتشابه مع الآثار السالف ذكرها بالأفيون	
الهيروين	هو أحدث وأكثر المواد انتشارا والاسم العلمي هو دياستيل المورفين أو الديامورفين وهو عبارة عن بودرة بيضاء لا رائحة لها مرة المذاق	- فقدان الشهية، الحاجة لزيادة الجرعة بصورة مطردة، الضعف الجنسي، تسمم الدم، تقيح الجلد، التهاب الكبد أو غشاء القلب المبطن، الإصابة بالزهري والأمراض المعدية، قد يصاب مدمنو الهيروين بالتسمم والوفاة نتيجة جرعة زائدة.	- عن طريق الاستنشاق. - الحقن في الوريد أو تحت الجلد
الكوكايين	يستخلص من أوراق نبات الكوكا ويعد من أقوى العقاقير المنشطة ذات الأصل الطبيعي.	تهيج شديد وطلاقة اللسان، قلة الشعور بالتعب، يثير شعورا بالسرور، وقوة عقلية كبيرة. تثير في بعض الحالات تصرفات عدائية ضد المجتمع. - يؤدي الإدمان إلى انهيار الحالة العقلية. - وجود قرح على أغشية الأنف الداخلية. - أرق وتشنجات في العضلات الطرفية.	ويتعاطى عن طريق الشم أو الحقن
القات	هو نبات يزرع في إفريقيا واليمن	وله تأثير مزدوج على الجهاز العصبي وهو يكون في البداية منشطا تعقبه حالة من الهبوط في وظائف الجهاز العصبي	ويتعاطى بطريق المضغ

المـــادة	التعريـــف	الآثـــــــــار	طرق التعاطـــي
الامفيتامينات	وهي من العقاقير التي تساعد على مقاومة الإرهاق والنعاس، ولكن أسيئ استخدامها لدى الطلبة والرياضيين. وأهم هذه العقاقير هي الديكسامفيتامين	استعمالها المتكرر يسبب حالة من الهبوط التي تعقب حالة النشاط. وتسبب حالات من الجنون والفصام	وتؤخذ على هيئة أقراص أو تذاب في الماء وتحقن في الوريد
المهلوسات	لها عدة أنواع منها الطبيعي مثل بعض أنواع عش الغراب أو مصنعة مثل عقار (LCD).	تحدث اضطرابا في النشاط الذهني وتنتج عنها هلاوس حيث يتصور المتعاطي أن لديه قدرات خارقة أو يصاب بفزع أو اكتئاب.	
الحشيش	يستخلص من نبات القنب الهندي	يحدث اضطراباً في الإدراك، تضطرب الذاكرة والانتباه والتذكير، البصري والسمعي، انعدام الإحساس بالزمن، الضعف الجنسي.	عن طريق السيجارة، أو المعسل، أو المضغ

٣ . ٢ . ١ أهم المشكلات الناجمة عن الإدمان

تعددت الدراسات التي اتفق كثير منها على مجموعة من المشكلات والآثار الناجمة عن إدمان وتعاطي المخدرات، والتي بلا شك ستزداد حدتها عند العود للإدمان، قد تصل في نهايتها إلى نهاية المدمن ذاته (انظر منها: منصور، ١٩٨٦، عيد١٩٩٢، السيد ١٩٩٧، الجوير١٩٩٨، عواد٢٠٠٢، الأطفر، ٢٠٠٤) والجدول التالي يلخص أهم المشكلات الناجمة عن الإدمان:

المشكلات الاجتماعية	المشكلات الصحية	المشكلات الاقتصادية
تفكك الأسرة	ضعف الذاكرة واضطراب في التفكير وانخفاض في معدلات الذكاء	إن الشخص المدمن أو المتعاطي يتأثر نشاطه وقدرته الإنتاجية الناتجة عن التعاطي
المراوغة والكذب	يقلل من التركيز الدائم وحضور الذاكرة وتعريض المهارات الميكانيكية للضياع	لا يستطيع تحمل أي أعباء مادية والتي تؤثر اقتصاديا على الأسرة وبصفة عامة على إنتاجية واقتصاد المجتمع
زيادة المشاكل بين أفراد الأسرة والتي تنتهي بالدمار والخراب	ضعف قوة الإبصار وذلك بالتأثير المباشر على العصب البصري وفقدان الرؤية	يظهر الكسل والإهمال والسطحية وعدم تحمل المسؤولية في الأعمال الخاصة بهم
ينقص من القيم الاجتماعية والأخلاقية للمدمن	تغير في نمط شخصية المتعاطي فيصبح شخصية هستيرية يكره المجتمع ويكره أسرته	بعض المخدرات تؤثر على الوظائف العقلية وبالتالي يؤدي إلى تدهور عقلي وأيضا تدهور آخر في كفاءة الفرد الإنتاجية وغيرها من الوظائف
خلق الاتجاهات العدوانية والعنف	الإصابة ببعض الأمراض مثل الالتهاب الكبدي والإيدز	الوصول إلى حالة من الغباوة والتدهور العقلي واضطراب التفكير وبالتالي قلة الإدراك والذاكرة
الدفع به إلى القيام بجرائم العنف والسرقة أو القتل حتى يستطيع أن يحصل على ما يريد	اضطرابات في الجهاز الدوري والتنفسي واضطرا بات القلب	ينتقل الفرد من وظيفته إلى أعمال أخرى أقل حتى يصل إلى عدم القدرة على القيام بأي عمل، وبالتالي يفقد المدمن عمله
التوتر الشديد والحساسية الزائدة لأي مؤثر مهما كان صغيرا	إضعاف جهاز المناعة مما يجعل الجسم أكثر عرضة للإصابة بالأمراض	ينخفض الدخل أو ينعدم
سريع الانفعال أو الغضب والثورة على أي شيء	الموت المفاجئ أثناء تناول جرعات زائدة من المخدر	

الفصل الرابع

الاهتمام بظاهرة الإدمان في العالم العربي

٤ . الاهتمام بظاهرة الإدمان في العالم العربي

لا شك أن العالم العربي جزء من العالم الإنساني، وبالتالي جزء من التأثر بالمشكلات الاجتماعية والصحية والاقتصادية التي تعاني منها كثير من دول العالم، خاصة إذا ما علمنا أن معظم الدول العربية تدخل ضمن العالم النامي الذي يعج في كثير من مظاهره بالمشكلات. وتأتي مشكلة الإدمان في العالم العربي من أبرز الظواهر التي حرصت مؤسسات المجتمع المختلفة على التصدي لها ومواجهتها.

ومن الطبيعي ألا تتوافر الإحصائيات الدقيقة حول هذا الانتشار. لذلك يتم اللجوء إلى تقدير حجم المخدرات المستهلكة بالمقارنة مع كمية المخدرات التي تكتشف السلطات تهريبها. مما يجعل من محاولة تقدير نسب انتشار الإدمان عملية تقريبية. ويمكننا الحديث عن انتشار انتقائي لبعض مواد الإدمان في دول عربية دون غيرها. لكن الخطورة تكمن في ازدياد ملفت لنسب الإدمان في بعض المجتمعات العربية في مقابل استقرار هذه النسب في بقية الدول العربية. وعلى أساس هذه الإحصاءات يمكننا تقسيم هذه الدول إلى:

١ ـ دول لديها نسبة إدمان في الحدود المقبولة أو دونها.
٢ ـ دول لديها نسبة إدمان عالية.
٣ ـ دول لديها ميل لزيادة نسبة انتشار الإدمان.
٤ ـ دول متكيفة مع نسبة إدمان عالية لمادة محلية.

والجدول التالي يوضح كمية المواد المخدرة المضبوطة في الدول العربية خلال المدة من ١٩٩٤ـ٢٠٠٢م والتي يتضح فيها مقدار الزيادة السنوية لكل مادة من المواد الإدمانية. مما يجعل القضية لا يمكن التعامل معها وفق نظرة قطرية بل يجب أن تكون النظرة قومية شاملة، خاصة وأن هناك دولاً معينة قد تكون دول تعاط بينما دول قد تكون دول إنتاج وأخرى تكون دول تمرير وتوزيع وهي كما يلي:

المـــادة	السنـــوات										الإجمالـــي
	١٩٩٤		١٩٩٥		١٩٩٦		١٩٩٧		١٩٩٨		
	الكمية	٪	الكمية	٪	الكمية	٪	الكمية	٪	الكمية	٪	
الحشيش	١٢٥٨٩,٩٧٠	٦,١٢	٥٠٢٢٠,٢٦٥	٢٣,٩٨	٣٢٤١٧,٩٢٧	١٥,٤٨	٣٣١	٠,١٦	٨٤	٠,٠٤	٢,٨٩٤٤,١٦٢
الأفيون	٥٥٣,٤٥٢	٣٧,٤٥	٢٨٨,٢٢٤	١٩,٥٠	١٣٩,٢٩١	٩,٤٢	–	٠,٠	٩٤	٦,٣٦	١٠٧٤,٩٦٧
الهيروين	٣٠٤,٥	٨,٠٠	٥٣٤,٦٢٤	١٤,٠٤	٧٤٧,٩٩٣	١٩,٦٤	٣٣٣	٨,٧٥	٣٢٨	٨,٦١	٢٢٤٨,١١٧
الكوكايين	١٢٨,٢٢٢	٢٢,٥١	٩٠	١٥,٨٠	١٣٤	٢٣,٥٢	٦٠,٦٢	١٠,٦٤	–	٠,٠	٤١٢,٨٥٢
الكبتاجون	٨٨٧٢,٨٤٢	٢٧,٨٢	١٥٠٥٦٩٢٦	٤٧,٢١	٧٩٦٣٩١٤	٢٤,٩٧	١٦٠	٠,٠	٤	٠,٠	٣١٨٩٣٣٦
المؤثرات العقلية	١١٢٧,٤٥٦	٤١,٧٦	٨٣٨٩٠٥	٣١,٠٧	٧٣٣٦٨٦	٢٧,١٧	٢,١	٠,٠	١,٣	٠,٠	٢٨٠٠٠٥٠,٤

المـــادة	السنـــوات								الإجمالـــي
	١٩٩٩		٢٠٠٠		٢٠٠١		٢٠٠٢		
	الكمية	٪	الكمية	٪	الكمية	٪	الكمية	٪	
الحشيش	٨٥	٠,٠٤	١٦٦	٠,٠٨	٨٧,٥	٠,٠٤	١١٦	٠,٠٦	٤٥٤,٥
الأفيون	١٠٨	٧,٣١	١٨٥	١٢,٥٢	٥,٩٤	٠٤٠	١٠٤	٧,٠٤	٤٠٢,٩٤
الهيروين	٤٠٤	١٠,٦١	٤٥٣	١١,٩٠	٣٩٢	١٠,٣٠	٣١,٠٥	٨,١٥	١٥٥٩,٥
الكوكايين	–	٠,٠	٤٦	٨,٠٧	١٠٧	١٨,٧٨	٣,٨٨	٠,٦٨	١٥٦,٨٨
الكبتاجون	٩	٠,٠	١٣	٠,٠	١٣	٠,٠	١٤,٣	٠,٠	٤٩,٣
المؤثرات العقلية	١	٠,٠	٩	٠,٠	٢,١	٠,٠	١,٤٥	٠,٠	١٣,٥٥

المصدر: دراسة تحليلية مقارنة حول قضايا المخدرات المضبوطة في الوطن العربي، الأمانة العامة لمجلس وزراء الداخلية العرب، المؤتمر العربي الحادي عشر لرؤساء أجهزة مكافحة المخدرات، (١٩٩٤-٢٠٠٢) . في (الحقباني، ٢٠٠٣، ص٢٠٦-٢٠٧-عيد، ٢٠٠٤: ١٣-١٨)

ومن الدراسات التي سعت للتعرف على حجم ظاهرة المخدرات في الوطن العربي دراسة السيد (١٩٩٧) والتي طبقت على عينة بلغت (٢٩٥٩) مدمناً، يمثلون (٩٦٧) من الأردن، و(٩٩٧) من دولة الإمارات العربية المتحدة، و(٩٩٥) من السودان. وكذلك دراسة أبو عمة (١٩٩٨) والتي هدفت إلى التعرف على أنواع المخدرات المتعاطاة في العالم العربي، وكمية التعاطي، وتكرار عملية التعاطي، وتقدير لأعداد المتعاطين في كل من مصر وسوريا والسعودية. وقد طبقت الدراسة على عدة مجموعات تمثل المتعاطين، والعاملين على علاج المتعاطين، ومسئولي المكافحة. ومن خصائص المدمنين في هذه الدراسة والذين بلغ عددهم (٦٥٠) مدمناً يمثلون مصر (٣٩٩)، والسعودية (٩٦)، وسوريا (١٥٥)، وكان من خصائصهم (٤٤٪) يتراوح أعمارهم من ١٦-٣٠ و(٨, ٤٣) هم من متعاطي الحشيش، و(٨, ١٨) من متعاطي الهروين، و(٦, ١٤٪) من متعاطي المخدرات الأخرى. وما نسبته (٥٨٪) من متعاطي المخدرات دون سن ٢٥ سنة. وقد توصلت دراسة أبو عمه (١٩٩٨) التي طبقت على عينة بلغت (١٦٢) مبحوثاً يمثلون مختصين في مؤسسات علاجية للإدمان. ومن أهم النتائج، أنه قد جاء توزيع المحولين للعلاج أو التأهيل في مؤسسات علاجية في الدول العربية (٣, ٥١٪) من متعاطي الهروين، و(١, ١٢٪) هم من متعاطي الحشيش، و(٦, ٩٪) من متعاطي المذيبات الطيارة والمخدرات الأخرى. أما العائدون للإدمان في العالم العربي فقد أشارت دراسة أبو عمة، إلى أن ما نسبته (٥٤٪) من الذين تم علاجهم أو تأهيلهم من تعاطي المخدرات هم ممن تكرر تعاطيهم للمخدر لمرتين أو أكثر.

٤ . ١ الجهود العربية لمواجهة ظاهرة الإدمان

لا شك أن المؤسسات الأمنية والعلاجية النفسية والطبية والاجتماعية في معظم الدول العربية بذلت جهودا كبيرة لمواجهة ظاهرة الإدمان بشكل عام والعود بشكل خاصة . كما أن هناك عدداً من المنظمات العربية المشتركة الرسمية أو الأهلية التي تعمل على تدعيم العمل العربي المشترك لمواجهة المخدرات وإدمانها . حيث تأسس الاتحاد العربي للجمعيات غير الحكومية للوقاية من الإدمان وهو اتحاد للجمعيات و الاتحادات العربية غير الحكومية العاملة في مجالات الوقاية والعلاج من الإدمان . ومقره الرئيس القاهرة بجمهورية مصر العربية . ومن أهدافه :

٤ . ١ . ١ في مجال الوقاية من الإدمان

١ ـ تكثيف الجهود غير الحكومية للتصدي لظاهرة الإدمان والعمل على خفض الطلب والوقاية من المخدرات و المسكرات .

٢ـ العمل على التوسع في إنشاء جمعيات الوقاية من الإدمان في الوطن العربي .

٣ ـتزويد الجمعيات بالدراسات والنشرات والوثائق التي تساعدها على تنمية أنشطتها و تحقيق أهدافها .

٤ ـ تيسير الاتصالات واللقاءات بين أقطار الوطن العربي في مجال تبادل الخبرات الهادفة إلى زيادة الوعي من مضار الإدمان .

٤ . ١ . ٢ في مجال التدريب و العلاج

١ ـ إصدار مجلة عربية متخصصة في شؤون الوقاية والعلاج من الإدمان .

٢ـ عقد المؤتمرات المتخصصة في شؤون الإدمان والاشتراك في المؤتمرات العربية والدولية.

٣ـ تنظيم دراسات و دورات تدريبية في مجالات الإدمان.

٤ . ١ . ٣ في مجال التعاون مع المنظمات الدولية

١ ـ الاتصال بالمنظمات والهيئات الحكومية والأهلية العربية منها والعالمية من أجل تبادل الخبرات والاستفادة منها.

٢ـ إقامة مشاريع ومسابقات مشتركة بين أعضاء الاتحاد بالتعاون مع المنظمات الأخرى.

٣ـ للاتحاد أن يستخدم كل الوسائل التي يراها صالحة لتحقيق الأهداف دون التدخل في الأمور السياسية أو العقائد الدينية.

كما تقوم المؤسسات العلمية العربية بجهد كبير في مجال إعداد الدراسات والبحوث، وتنظيم اللقاءات والندوات والمؤتمرات لدراسة أفضل السبل للمواجهة، فمثلا جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية قامت بنشر عدد من الدراسات المتخصصة في قضايا المخدرات والإدمان، ونظمت عدداً من المنتديات والندوات واللقاءات المتخصصة في مجال الإدمان. وعلى الرغم من أن ظاهرة المخدرات لم تشكل في المجتمعات العربية بعد درجة الخطورة والانتشار، التي توجد في المجتمعات الأوروبية والأمريكية، إلاّ أنها وبمفهوم الأرقام والإحصائيات باتت تسجل ارتفاعاً مقلقاً، وبخاصة وأن العديد من البحوث والدراسات تشير إلى تفاقم مشكلة المخدرات في المنطقة العربية، بفعل العديد من العوامل، على الرغم من تعذر حصر المدمنين، أو المتعاطين للمخدرات، أو العائدين للإدمان بعد التعافي حصراً دقيقاً، في أي مجتمع من المجتمعات، بشكل يجعلها تهدد الأمن الاجتماعي في المجتمعات العربية، إلا أن هناك بعض الشواهد التي تدل على ذلك، منها:

١ ـ ارتفاع عدد من يُضبطون، أو يطلبون العلاج طواعية من المدمنين.
٢ ـ تزايد حجم المواد المخدرة، التي يتم ضبطها، أثناء تهريبها عبر الحدود، مما يشير إلى زيادة الطلب عليها.
٣ ـ تنوع المواد المخدرة من مواد منخفضة الثمن نسبياً، إلى مواد مرتفعة الثمن، كالسموم البيضاء. مما يشير إلى اتساع دائرة التعاطي بين مختلف فئات الشعب.

وعلى ضوء ذلك اتخذت معظم الدول العربية العديد من التدابير، التي استهدفت مواجهة المشكلة، والحد من تداعياتها، سواء على المستوى المحلي، أو الإقليمي، أو الدولي.

فعلى المستوى المحلي، تطورت التشريعات والقوانين في كثير من الدول العربية، واتجهت نحو التشدد في عقوبة جرائم الاتجار، والجلب، والتعاطي، حتى وصلت العقوبات إلى الإعدام في بعض الدول، كعقاب على جلب المخدرات وتصديرها، وتهريبها، وإنتاجها، والإعدام، أو الأشغال الشاقة المؤبدة، كعقوبة على جرائم الاتجار بالمواد المخدرة، وزراعة النباتات المخدرة، والسجن من ثلاث إلى خمس سنوات، كعقوبة على جريمة تعاطي المخدرات. وعلى المستوى الإقليمي، فإن الدول العربية، في إطار الآلية الخاصة بمجلس وزراء الداخلية العرب، أنجزت العديد من الاتفاقيات، والخطط التطبيقية، أهمها ما يلي:

١ ـ الإستراتيجية العربية لمكافحة الاستعمال غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية

اعتمد مجلس وزراء الداخلية العرب، في دورة انعقاده الخامسة، بتونس عام ١٩٨٦، هذه الإستراتيجية التي تهدف إلى تحقيق أكبر قدر من

التعاون الأمني العربي لمكافحة الاستعمال غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية، وإلغاء الزراعات غير المشروعة للنباتات المنتجة لها، وإحلال زراعات بديلة لها، وفرض رقابة شديدة على مصادر المواد المخدرة للإقلال إلى أدنى حد ممكن، من عرضها وطلبها غير المشروعين.

٢ ـ الخطتان المرحليتان (الأولى والثانية) لتنفيذ الإستراتيجية

اعتمد مجلس وزراء الداخلية العرب عام ١٩٧٨، الخطة المرحلية الأولى، التي استهدفت تكاتف الجهود العربية المشتركة لمواجهة ظاهرة المخدرات، والاستفادة من معطيات العلوم الحديثة، والتقنيات المتطورة لخدمة أغراض الوقاية والمنع، وكذلك تعزيز الجهود العربية الرامية إلى تنشئة الإنسان العربي تنشئة صالحة، وتحصينه بالمبادئ الدينية والأخلاقية الحميدة، وتنمية مهارات العاملين، والفنيين، في الأجهزة العربية المتخصصة في مكافحة المخدرات. وقد تواصل تنفيذ بنود الخطة، بنجاح متميز، على مدى خمس سنوات، تم بعدها إعداد الخطة المرحلية الثانية في عام ١٩٩٤، ومدتها خمس سنوات أيضاً، وهي ترمي إلى تطوير أساليب عمل أجهزة مكافحة المخدرات، وفق أحدث المستجدات العلمية والتقنية، وتعزيز التعاون بين أجهزة مكافحة المخدرات العربية، وتنسيق الجهود المبذولة لمواجهة ظاهرة المخدرات وتطوراتها، هذا فضلاً عن التوعية بالأضرار الناجمة عن إساءة استعمالها.

٣ ـ القانون العربي النموذجي الموحد للمخدرات

اعتمد مجلس وزراء الداخلية العرب في دورة انعقاده الرابعة بالدار البيضاء عام (١٩٨٦)، مشروع القانون العربي النموذجي الموحد للمخدرات، الذي أعدته الأمانة العامة لتسترشد به الدول الأعضاء، عند

وضعها قانوناً جديداً، ينظم شؤون المخدرات والمؤثرات العقلية، أو عند تعديلها مثل هذا القانون في حالة وجوده.

٤ ـ الخطة الإعلامية والإصدارات المتعلقة بالمخدرات والمؤثرات العقلية

أعدت الأمانة العامة لمجلس وزراء الداخلية العرب، الخطة الإعلامية الموحدة لمكافحة ظاهرة المخدرات وقد أقر المجلس هذه الخطة عام ١٩٩٤. والتي جاءت لتلبية حاجة الأجهزة العربية المتخصصة، وطموحاتها، في مجال التوعية الإعلامية بمخاطر هذه الظاهرة، وأضرارها المختلفة. كما أعدت الأمانة العامة القائمة السوداء العربية الموحدة لتجار ومهربي المخدرات والمؤثرات العقلية، وتقوم بصفة مستمرة بتنقيحها، وتزويد الدول العربية بها. كذلك أعدت الجدول العربي الموحد للمواد المخدرة الذي تم تعديله وتحديثه بصفة مستمرة، وتزويد الدول العربية به. وتتولى الأمانة العامة إصدار التقارير والإحصاءات العقلية والسنوية لقضايا المخدرات، وإعداد الدراسات الخاصة بحجم هذه الظاهرة وأبعادها.

٥ ـ الاتفاقيات العربية لمكافحة الاتجار غير المشروع بالمخدرات والمؤثرات العقلية

أقر مجلس وزراء الداخلية العرب هذه الاتفاقية في الدورة الرقم (٤١) لمجلس وزراء الداخلية العرب في تونس عام ١٩٩٤. التي أعدتها الأمانة العامة، من أجل التصدي بشكل مؤثر لمشكلة إساءة استعمال المخدرات والمؤثرات العقلية، خاصة وأن هناك قناعة بأن مواجهة الاتجار غير المشروع بالمخدرات والمؤثرات العقلية هي مسئولية جماعية مشتركة. وقد تضمنت هذه الاتفاقية (٢٦) مادة.

أمّا على المستوى العالمي، فقد تابعت معظم الدول العربية الأنشطة الدولية الخاصة بمكافحة المخدرات، والمشاركة الفاعلة في هذه النشاطات، وانضمت إلى العديد من آليات العمل الدولي المعنية بالرقابة على المواد المخدرة والمؤثرات العقلية، وخاصة تلك التابعة لمنظمة الأمم المتحدة.

وفيما يلي استعراض لأهم المؤتمرات والاتفاقيات، التي شاركت فيها الدول العربية، على المستوى الإقليمي والدولي:

١ ـ الاجتماع الثالث لرؤساء المصالح المتخصصة في مكافحة المخدرات في الجزائر عام ١٩٩٧ ومن أهم توصياته: تحسين أو نصب تجهيزات ملائمة لمراقبة الحاويات، تمكن موظفي الشرطة، على المستوى الوطني، من الوصول إلى المنظومات البريدية.

٢ ـ المؤتمر العربي الحادي عشر لرؤساء أجهزة المكافحة بالدول العربية، في جدة، عام ١٩٩٧ وشارك في هذا المؤتمر مديرو ورؤساء أجهزة مكافحة المخدرات في ١٧ دولة عربية إلى جانب أكاديمية نايف العربية للدراسات الأمنية في الرياض، والمنظمة الدولية للشرطة الجنائية (انتربول). وقد أصدر المؤتمر بتشديد الرقابة على المنافذ الحدودية لإحباط عمليات التهريب، وتضييق الخناق على المهربين، باعتبار أن الدول العربية، غالباً، تكون دول عبور وجذب للمخدرات والمؤثرات العقلية.

٣ ـ المؤتمر الدولي لبرنامج الأمم المتحدة للرقابة على المخدرات (UNCDP) للحد من الطلب على المخدرات عقد هذا المؤتمر في أبو ظبي بدولة الإمارات العربية المتحدة، عام ١٩٩٧، وأصدر عدداً من التوصيات من أهمها: إن الحد من الطلب على المخدرات له الأهمية نفسها، التي للوسائل الأخرى، في مجال محاربة مشكلة تعاطي

المخدرات، ودعوة وتشجيع الدول الأعضاء على وضع استراتيجية للحد من الطلب على المخدرات ، بالتعاون مع برنامج الأمم المتحدة للرقابة على المخدرات، آخذة في الاعتبار الأوضاع المشابهة والمختلفة، بين دول الإقليم .

٤ .٢ تقارير عربية حول مكافحة المخدرات

على المستوى القطري وبكل موضوعية نجد أن كثيراً من الدول اتخذت تدابير متنوعة لمواجهة مشكلة الإدمان خاصة بعد تركزه بشكل رئيس في فئة الشباب، والمنصف يقف تقديراً واحتراماً لتلك الجهود والتي قد تختلف من قطر إلى أخر وفق الإمكانات القطرية، إذ لا يخلو قطر عربي من مؤسسات علاجية وتأهيلية ومنظمات حكومية وأهلية لمواجهة وعلاج ظاهرة الإدمان. كما سعت كثير من الدول العربية لتعديل قوانين العقوبات الخاصة بجرائم المخدرات بشكل يلبي الحاجة الفعلية لقوة المواجهة، ووصلت العقوبات في كثير من الدول إلى الإعدام والسجن المؤبد، وكذلك تضمنت تلك التشريعات نصوصاً لعقوبات خاصة عند العود أو تكرار الجريمة (عيد ، ٢٠٠٤ : ٢٤ـ٢٦) .

ومن تلك الجهود على المستوى القطري ما يلي :

١ ـ المملكة العربية السعودية : اتخذت المملكة العربية السعودية عدداً من الأساليب لمواجهة الظاهرة، ببحث الظاهرةً أمنيا، وأسلوبا علاجيا، وأسلوبا توعويا, حيث تقوم الإدارة العامة لمكافحة المخدرات بدور مهم في الجانب الأمني لمواجهة هذه الظاهرة والقضاء عليها، وكذلك اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات وهي لجنة توعوية وقائية تقوم بتنظيم الندوات واللقاءات وتنشر الكتيبات

التي تسعى لتوعية المجتمع بهذه الفئة الخطيرة. وكذلك لمركز البحوث التابع لوزارة الداخلية دور مهم في إجراء الدراسات والبحوث المتخصصة في مجال الإدمان وللمركز أكثر من عشرة إصدارات متخصصة في قضايا المخدرات وبخاصة انتشارها بين أوساط الشباب. ولعل من أهم وآخر الإجراءات التي اتخذتها السعودية نظام مكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية عام ٢٠٠٥م، والذي تضمن في أول بنوده عدم إقامة الدعوى لأي مدمن يتقدم بطلب العلاج، وكذلك ضمان السرية التامة في علاج المدمنين وتشديد العقوبات لمن يفشي أسرار علاجهم.

كما تعد مستشفيات الأمل التابعة لوزارة الصحة (يوجد بالسعودية أربع مستشفيات في الرياض وجده والدمام، والقصيم) والتي تقوم بجهود الرعاية والعلاج الطبي والنفسي والاجتماعي إضافة إلى تقديم برامج الرعاية اللاحقة لمعالجة المدمنين والسعي لإعادة تأهيلهم كأفراد منتجين لمجتمعهم. كما يتم حالياً تنفيذ مشروع «البيت منتصف الطريق» الخاص بمعالجة مدمني المخدرات بالتعاون بين وزارة الداخلية ووزارة الصحة، بالإضافة إلى إيجاد مراكز متخصصة في العديد من المناطق تقدم خدمات صحية على غرار ما يتم تقديمه في مستشفيات الأمل.

٢ ـ جمهورية مصر العربية: تتميز مصر بأنها من الدول الرائدة عندما يكون الحديث عن مشكلة الإدمان، سواء على مستوى مكافحة العرض أو مواجهة الطلب. ولعل أحد جوانب هذا الموضوع هو النشاط البحثي المكثف والذي أفضى إلى قاعدة من البيانات الضخمة التي تشكل الأساس لجهود العلاج والوقاية وبخاصة

الجهود البحثية والعلمية لمركز البحوث الاجتماعية والجنائية بالقاهرة. وجهود المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان. حيث بدأت تلك الجهود منذ عام ١٩٥٧م، عندما تشكلت هيئة بحث تعاطي الحشيش في المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، ثم البرنامج الدائم لبحوث تعاطي المخدرات في مصر منذ عام ١٩٦٥م (السيد، ١٩٩٩ : ٢١). وفى عام ١٩٩١ تم إنشاء صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي، وأسندت المسئولية عنه لرئيس مجلس الوزراء، ويقوم الصندوق منذ إنشائه بجهود في مجال الوقاية من خلال عقد اللقاءات والندوات في مراكز التجمعات كالمدارس والجامعات والنوادي ومراكز الشباب وغيرها. ومن خلال البرامج التدريبية للكوادر المختلفة كالأطباء والاختصاصيين النفسيين والاجتماعيين، والدعاة، ورجال الأمن وغيرهم. كما أضيف لأنشطة الصندوق الخدمة العلاجية المجانية والتي تتحمل الدولة منها النصيب الأوفر لمن وقعوا في الإدمان من خلال خدمات الخط الساخن. هذا بالإضافة إلى جهود اللجنة العليا لمكافحة الإدمان التابعة لمجلس الوزراء. كما يصدر المجلس القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية مجلة متخصصة بمسمى (المجلة القومية للتعاطي والإدمان) تهتم بأبحاث ودراسات الإدمان من جوانبه المختلف.

كما تنتشر في جمهورية مصر العربية عدد من مصحات علاج الإدمان والتعاطي منها:

اســــم المصحـة	العنـــــــوان
مركز الطب النفسي والإدمان بالقصر العيني	القاهــرة
مركز الطب النفسي والإدمان بجامعة عين شمس ـ العباسية	القاهــرة
مصحة علاج الإدمان والتعاطي بمستشفى العباسية للصحة النفسية ـ العباسية	القاهــرة
مصحة علاج الإدمان والتعاطي بمستشفى حلوان للصحة النفسية ـ حلوان	القاهــرة
مصحة علاج الإدمان والتعاطي بمستشفى مصر الجديدة للصحة النفسية	القاهــرة
مصحة الياسمين لعلاج الإدمان ـ الخانكة	القليوبية
قسم علاج الإدمان بمستشفى الخانكة لعلاج الإدمان ـ بنها	القليوبية
مستشفى المعمورة العام ـ المعمورة	الإسكندرية
قسم علاج الإدمان بمستشفى طنطا للصحة النفسية ـ طنطا	الغربية
العيادة النفسية النموذجية	الإسماعيلية
قسم علاج الإدمان بمستشفى بورسعيد العام	بورسعيد
قسم علاج الإدمان بمستشفى السويس العام	السويس
قسم علاج الإدمان بمستشفى العزازى للصحة النفسية ـ كفر العزازى	الشرقية
قسم علاج الإدمان بمستشفى الفيوم العام	الفيوم
قسم علاج الإدمان بمستشفى بنى سويف للصحة	بني سويف
قسم علاج الإدمان بمستشفى سوهاج العام	سوهاج
قسم علاج الإدمان بمستشفى أسيوط للصحة النفسية	أسيوط
قسم علاج الإدمان بمستشفى قنا العام	قنا
المصحة النموذجية لعلاج الإدمان	أسوان

٣ـ الجزائر : أقرت الجزائر بجميع اتفاقيات المخدرات الدولية، ولم يُسجل بها إنتاج ملحوظ للمخدرات. وقد أشارت بعض التقارير إلى مصادرة كميات متواضعة من القنب بلغت ١,٥ كغم عام ١٩٩٥ بالإضافة إلى ٠,١ كلغم من الهيروين في السنة نفسها. وتشير هذه

الكميات الضئيلة المصادرة إلى وجود انخفاض ملحوظ مقارنة بالسنوات السابقة. . ويعد القنب والأفيون و البنزوديازيبين هي أكثر أنواع المخدرات استخداما في البلد. كما يشير التقرير السابق إلى تعاطي الهيروين والكوكايين مؤخرا.

كما يوجد بالجزائر ثلاثة مراكز لمعالجة الإدمان عبر الوطن، في البليدة و عنابة و وهران وستفتح ثلاثة مراكز بتيزي أوزو وقسنطينة وتلمسان علما أن في كل مركز استشفائي مصحة لمعالجة المدمنين (سفيان، ٢٠٠٤).

الفصل الخامس

النظريات المفسرة للإدمان

٥ . النظريات المفسرة للإدمان

تعددت الاتجاهات النظرية المفسرة لظاهرة الإدمان بشكل عام، وللعود للإدمان بشكل خاص، ولا شك أن المنطلقات النظرية مرتبطتان ببعضهما البعض، فنظريات العود للإدمان، ما هي إلا تفسيرات نظرية خرجت من الاتجاهات النظرية المفسرة للسلوك الانحرافي بشكل عام، وللسلوك الإدماني على وجه الخصوص خاصة في الاتجاهات النفسية والاجتماعية.

حيث يحدث العود عندما يعود الفرد لاستعمال المادة الإدمانية، أو زيادة معدل الاستعمال في الاعتمادية على المخدر أو الكحول، بعد فترة من التوقف التام أو تخفيف الاستخدام. وعندما يعود الشخص للتعاطي لمرة واحدة أو مرتين مثلاً فيعود إلى التوقف، فإن ذلك يسمى انتكاسة صغرى، وأما حين يعود للاستعمال بشكل منظم فإن ذلك ما يعرف بالانتكاسة الكبرى (الدخيل، ٢٠٠٥ : ١٥٥). والحقيقة أن هناك مراحل أو خطوات للعود للإدمان، أي أنها لا تأتي اعتباطا أو بدون مقدمات، فالمدمن عندما يعيد علاقته بصديق وهو يعلم أنه متعاط بل ويذهب إليه فهو في طريقه للعود. ومحور التحديد هنا هو التفكير السالب، والذي قد يجعله يمتنع قطعياً عن التعاطي ويعيده مرة أخرى فلا تحدث العود فتسمى الانتكاسة الثانوية. وقد يصل إلى التفكير الثنائي والذي يتعدى التفكير السالب ليصل إلى حد التفكير في الصديق وفي الاشتياق للمادة المخدرة، وهنا قد يقبل بالتعاطي وهنا تنتهي الانتكاسة وتسمى الانتكاسة الأولية (البريثن، ٢٠٠٢ : ٢٨٢). وبشكل عام يمكن القول أن النظريات المفسرة لظاهرة الإدمان تتمحور في ثلاثة اتجاهات رئيسة وعرضها هنا للإيضاح ولكن الواقع الفعلي أن بعض المداخل النظرية متداخلة في جوانبها التفسيرية، وهي :

٥ . ١ المنظور الطبي

يشير هذا المنظور ومن خلال عدة مداخل نظرية إلى أن المدمن إنسان وقع فريسة سهلة لتغيرات فسيولوجيه بسبب الإدمان ولا يجد نفسه إلا متجهاً إلى تعاطي المخدر حتى في حالة الاكتئاب بسبب نقص المادة نفسها . كما أن العقاقير المخدرة تحدث تغيرات واضطرابات في حركة ووظائف أعضاء الجسم . وعلى هذه الحالة الجديدة يشعر الفرد بالضيق إذا عاد لحالته الطبيعية أو أجبر على الامتناع المؤقت عن المخدر أو الإقلاع عنه (العشماوي، ١٩٩٤ : ١٩٣). ويرى ميلر Miller1996 أن المنظور الطبي ينطلق من منطلقات بيولوجية بحتة ترى أن الاعتماد الجسمي على التعاطي يكون أكبر وأشد نتيجة التفاعلات الكيميائية داخل المخ والجسم . ومازال الاختلاف قائماً بين المنظورين الطبي والنفسي في مفهوم العود، إذ يطرح تساؤل مهم ألا وهو هل هناك اختلاف في الاعتماد بين المخ أم الرأس وأيهما يسبق الأخر؟ ومازال مثل هذا التساؤل مطروحاً للباحثين حتى الآن .

وتشير النظريات الفسيولوجية إلى العلاقة الوثيقة بين التعاطي والنشوة التي يحدثها المخدر، ومع الاستمرار في التعاطي ثم الزيادة في الجرعة لأجل الوصول إلى مستوى الانتعاش، أو النشوة التي عهدها الجسم من المخدر . حيث تدخل المادة الأساسية في تركيب المخدر في المراحل الأساسية للتمثيل الغذائي والحيوي داخل خلايا جسم الإنسان، وبهذا يصبح ذلك النوع ضرورة للجسم ويصعب الاستغناء عنه، بحيث أصبح هناك اعتماد عليه في الجسم وفي أداء وظائفه الطبيعية . كما أن هناك مداخل نظرية متخصصة في عقار الأفيون والمورفين، والتي أشارت إلى أنه يوجد داخل جسم كل إنسان نظام اتصال فسيولوجي ينتج مواد افيونية طبيعية داخل التكوين

البشري لحاجة الجسم إليها في تخفيف الآلام الجسدية والنفسية، وكذلك فإن وجود الأحماض الأمينية في مخ الإنسان، يوقف إفراز المورفين، ويكون الجسم قد اعتمد على الهيروين للقيام بوظائفه مما يؤدي إلى حدوث الإدمان (عبدالمنعم، ١٩٩٧).

ووفقاً لنظرية العطب العصبي Theory NeurologicalImpairment ينظر للإدمان بأنه عملية تحدث داخل المريض المدمن، والتي يظهر معها من خلال نمط سلوك يسمح لأعراض المرض بالظهور والنشاط من جديد لدى شخص استطاع في السابق أن يتحكم في التخلص من تلك الأعراض. كما اقترح لودنج A. Lodwing عام ١٩٧٤ النظرية النفسحيوية Psychobielogical Factors Theory والتي ترى أن أساس العود للإدمان هو اشتياق أو اشتهاء للمادة المخدرة، بما له من طبيعة نفسية ومعرفية وفسيولوجية وسلوكية وعصبية متعددة الأبعاد، فضلاً عن تداخلها مع عوامل أخرى كالاعتمادية. وكلما زادت شدة الاعتمادية، وزادت اللهفة أو الاشتياق، زادت احتمالية العود للإدمان.

وبالتالي الرؤية الرئيسة هي أن العوامل البيولوجية لها دور كبير في حدوث الإدمان لدى الشخص، حيث وجد أن تعاطي بعض أنواع المخدرات يمكن أن تثير كثيرا من خلايا المخ المعروفة بمراكز الثواب، مما يخلق لدى المدمن اعتمادا بيولوجيا على المخدر (الباز، ١٩٩٩ : ٣٣).

٥ .٢ المنظور النفسي

بشكل عام يقوم المنظور النفسي على فرضية أن القلق النفسي والإحباط الناجم عن تراكم الخبرات السالبة في حياة الفرد النفسية تلعب دوراً كبيراً في بدء التعاطي ، فإذا استمرت وزادت فإنها تساعد على الاستمرار بل

والمبالغة في التعاطي ويصبح الفرد فريسة للعقار الذي قد يظن أنه المخلص الوحيد من الآلام النفسية، أو وسيلة إشباع حاجات لا تشبع إلا بتعاطيه لهذا المخدر. حيث لتركيبة الشخص دور مؤثر في الميل أو الاعتمادية على سلوك معين، فالشخصية قلقة التحمل للضغوط الاجتماعية، أو التي لديها نزعة قلق، والشخصية سريعة التأثر أو المنقادة، يمكن أن تتجه إلى الإدمان عند مواجهتها لأي مشكلة أو عند تأثرها بالأصدقاء (الباز، ١٩٩٩ ، ٣٣).

وترجع مدرسة التحليل النفسي Psychoanlylical Theory أن الأصل في ظاهرة الإدمان هو تحقيق النشوة والسرور، عن طريق المخدر، أو بعبارة أخرى التخفيض من حالة الاكتئاب التي يعاني منها المدمن وليس مجرد إزالة التوترات الفسيولوجية الناشئة عن تأثير المخدر، فالاتجاهات الشخصية لتعاطي المخدر مشحونة بشحنات انفعالية شديدة. وتفسر مدرسة التحليل النفسي الإدمان بأنه:

١ ـ تعبير وظيفي لذات عليا ناقصة.

٢ ـ هو تعويض عن إحباط شديد ينتج عن حرمان من إشباع بعض الحاجات الأساسية.

٣ ـ ناتج عن تنشئة اجتماعية ناقصة أو خاضعة.

٤ ـ سلوك شخصي يشكل عصاباً.

٥ ـ سلوك يعبر عن فقد المعايير الاجتماعية (عبدالمنعم، ١٩٩٧).

كما أورد عكاشة (١٩٩٢) بعض الأسباب النفسية الموجودة لدى المدمن:

١ ـ وجود مرض نفسي مثل القلق، والاكتئاب، ومحاولة الشخص علاج نفسه بعيداً عن الذهاب لطبيب نفسي.

٢ ـ ضعف تكوين الشخصية وزيادة الاعتمادية التي ترتبط بالميول الفمية .

٣ ـ سلوك مستمر باحث عن اللذة والاستمتاع الفوري .

٤ ـ العناد والرغبة في المقامرة المدمرة لوجود عدوان موجه ضد الذات .

٥ ـ الإحباط وغياب الهدف واشتداد المعاناة في أزمة الهوية التي يبحث فيها الفرد والمراهق بالذات عن نفسه وعن هدفه .

٦ ـ القابلية للاستهواء بواسطة رفقاء السوء .

٧ ـ وجود أفكار خاصة مثل زيادة الطاقة الجنسية بواسطة تعاطي المخدرات والسلوك الصحيح (السيد ، ٢٠٠٤ : ١٧٩) .

كما يفسر الإدمان سلوكياً بالعائد الذي يحدثه التعاطي والذي يدفع بالمتعاطي لأن يكرر التجربة مرة أخرى ، ثم مرات عديدة ، بحيث يحول العائد دون تفكير في عدم الامتناع عن تعاطي المخدر وبهذا يحدث الإدمان (البريثن ، ٢٠٠٢ : ١١٦) .

وفي ضوء المنظور النفسي فإن هناك سمات لاستعدادات سلوكية للإدمان منها :

ـ صعوبات في التحكم في الادراكات .

ـ صعوبات في مواجهة الضغوط ، بما فيها من مشكلات تحمل الإحباط .

ـ أنماط سلبية السلوك الاعتمادي على الغير مثلاً .

ـ التمركز حول الذات مع أنماط سلوكية أنانية ذاتية مثل كثرة المطالب والاستحواذية .

ـ سلوك مضاد للمجتمع (الدخيل ، ٢٠٠٥ : ٤٦) .

٥ .٢ .١ نظرية مارلت Marlatt المواقف الشديدة(High-Risksituathions)

يعد مارلت Marlatt مؤسس النظرية العقلية المعرفية. وترجع أصول هذه النظرية للدراسة التي أجراها على عينة بلغت (٦٥) من مدمني الكحول، ووجد أن معظم العائدين كانوا يتعرضون لمواقف خطيرة في حياتهم تدفعهم للعود. وقد قسم العينة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، التجريبية هي التي تعرضت للبرنامج العلاجي المقترح. وكان سن العينة ما بين ٢٢-٥٩ سنة بمتوسط ٤٠ سنة، وغالبيتهم من الرجال من الجنس الأبيض من المناطق القروية. ووجدت الدراسة أن غالبية المبحوثين (٧٩٪) كانوا للمرة الأولى أو الثانية للدخول للمصحة لتلقي العلاج. وما نسبته (٨٠٪) جاء للمصحة بإرادتهم، بينما (٢٠٪) جاؤوا مجبرين من الشرطة أو الأسرة، وما نسبته (٤٣٪) من ا لمتزوجين، وما نسبته (٥٧٪) مؤهلهم اقل من الثانوي، ومعدل سنوات دراستهم يصل إلى (١٠) سنوات. وما نسبته (٧٢٪) من الموظفين.

وترى نظرية مارلت Marlatt عام ١٩٨١م أن العود للإدمان يتأثر بثلاثة عوامل: البيئة، الشخص العائد، المؤسسة. وقد اعتمد في إعداده لنظريته على مقابلات لثلاث مجموعات لكل مجموعة مادة إدمانية، المجموعة الأولى من مدمني الهيروين، الثانية من مدمني الكحول، الثالثة من مدمني التدخين. وقد سعى لقياس الفروق في اتجاهات هؤلاء. وقد توصل إلى النظام التصنيفي للعائدين للإدمان. ومن أهم ما خرجت به الدراسة أن البرنامج العلاجي المستخدم من قبل المدمنين الذين أخضعوا للتجربة كانوا أقل في شرب الكحول مقارنة بزملائهم الذين لم يخضعوا للبرنامج العلاجي وبالذات في التقييم الأولي للثلاثة أشهر الأولى. وبعد (١٥) شهراً

لم تجد الدراسة فرق بين المجموعتين . ونتيجة لذلك أتضح أن هناك شيئاً ما يحتاج إلى قياس ولفت انتباه مارلت Marlatt سبب هذا الفرق بين النتيجتين ، ما أدى إلى التفكير في وجود عوامل تؤثر في اختلاف الفرق بين المجموعتين ، ومهد لظهور نظريته . ووجد مارلت Marlatt بعد دراسته لعدد من نظريات التعلم والعقوبة ، والنظرية المرضية ، والنظرية البيئية ، أن الضغوط الحياتية غير المتوقعة كحالات الوفاة والخلافات الزواجية ، لها دور كبير في العود .

ومن أهم فرضيات نظرية مارلت Theory Marlatt

١ ـ على الرغم من تأثير العوامل الأخرى في العود كالخصائص الديموغرافية والفروق الفردية والتاريخ الإدماني ، ودرجة النضج العقلي ، ونوع البرنامج العلاجي المستخدم . إلا أن عامل المواقف الشديدة (High- Risksituathions) واستجابة الأفراد لها تعد من أهم العوامل المؤدية للعود أو الانتكاسة .

٢ ـ عدم معرفة المدمن كيفية التعامل مع المواقف البيئية الطبيعية يزيد من احتمالية العود .

٣ ـ إن قضية العود هي في الأصل نوع من العلاج الذاتي ، حيث أن العود للشراب أصبح معتاداً لمواجهة المواقف الحياتية الضاغطة .

كما أشار مارلت Marlatt إلى أن هناك عوامل معرفية وسلوكية تؤثر في العود للإدمان لعل من أهمها : القلق الاجتماعي ، درجة الغضب ، المزاج السلبي ، ضغط الجماعة ، النموذج السيئ ، تجنب المشاعر غير السارة ، درجة التحمل وغيرها ، والتي قد تختلف من مدمن لأخر . إلا أنها تتفق جميعها على تأثير الموقف ذاته على العود للإدمان .

كما أعاد لومان Loman ١٩٩٦م تطبيق دراسة مارلت Marlatt سعياً للتوسع في دراسة بعض العوامل لمحاولة إيجاد محددات إضافية للعود، حيث هدفت دراسة لومان إلى تطوير دراسة مارلت Marlatt لتحديد العوامل المؤثرة في العود. باستخدام ثلاث مجموعات بحثية لمحاولة تلافي إشكالية دراسة مارلت Marlatt ، وبالذات تحديد العوامل المؤثرة بعد التعافي، وقد استخدم استمارة أشمل وأوسع لتحديد عوامل العود ، وقد طبقت الدراسة على عينة بلغت (٥٦٣) مدمناً من (١٥) مركزاً علاجياً في الولايات المتحدة الأمريكية. ومن أهم نتائج هذه الدراسة إثبات صحة نظرية مارلت Marlatt وبخاصة المواقف الضاغطة أو الشديدة في العود بالذات. كما توصلت إلى عدم وجود اختلاف بين الجنسين في قضايا العود، وكذلك توصلت إلى وجود فروق طفيفة بين النساء والرجال في تعرضهم للاكتئاب بنسبة طفيفة عن الرجال.

٥. ٢. ٢ نظرية الحاجة إلى القوة Need Power Theory

نظرية الحاجة إلى القوة Need Power Theory ، هي من النظريات الحديثة في تفسير العود للإدمان من منظور التقييم الشخصي للمتعاطي لنفسه، حيث ترى أن التعاطي بحد ذاته يعد شكلاً في تحقيق القوة الاجتماعية، الأمر الذي يؤدي إلى حالة من القلق تدفعه إلى التعاطي، بحيث يكون التعاطي بمثابة تعويض للفرد المتعاطي عن قوته الاجتماعية بقوة مصطنعة يشعر بها أثناء الشرب (الدخيل، ٢٠٠٥ : ٤٦).

٥ .٢ .٣ نظرية التفاعل بين الشخص والموقف Person Situation Interacion Theory

أشارت نظرية تفاعل الشخص والموقف Person Situation Interacion Theory والتي اقترحها ليتمان Litman مع آخرين (١٩٧٧) والتي ترى أن العود للإدمان يكون نتيجة تفاعل عدد من العوامل والتي منها : (الموقف، درجة خطورة الموقف، مدى إدراك الفرد للموقف، مدى ما يحمله الموقف من مثيرات، مستوى التفاعل بين الشخص والموقف، مهارات التأقلم مع الموقف، القدرة على التصرف في الموقف، مستوى العجز الذي يشعر به الفرد داخل الموقف.

وفي نفس الإطار توصل لودونج Ludwing وآخرون (١٩٧٤) إلى أن محور الاهتمام الرئيس في قضية العود للإدمان هي ظاهرة الاشتياق والاشتهاء للمادة الإدمانية بما للمدمن من طبيعة نفسية ومعرفية وفيزيولوجية، وسلوكية ، وعصبية متعددة الأوجه ، هذا بالإضافة إلى عامل الاعتمادية والتي يراها لودنج Ludwing عامل رئيس للعود للإدمان ، وكلما زادت الاعتمادية وزادت اللهفة أو الاشتياق، زادت احتمالية العود.

٥ .٣ المنظور الاجتماعي

يرى هذا الاتجاه أن الإدمان والعود للإدمان يتم تفسيره على أسس من البيئة الاجتماعية والتنشئة الثقافية لبعض المجموعات في المجتمع، وأن ثمة ضغوطاً اجتماعية تدفع الناس إلى الانحراف بشكل عام بما في ذلك تعاطي وإدمان المخدرات. ومن أبرز النظريات وفق المنظور الاجتماعي :

٥ .٣ .١ نظرية العقد الاجتماعي

حيث يؤمن مصممو نظرية العقد الاجتماعي بأن الانحراف ظاهرة اجتماعية ناتجة عن القهر والتسلط الاجتماعي الذي يمارسه بعض الأفراد تجاه البعض الآخر. فالفقر مرتع خصب للانحراف، والفقراء يولدون ضغطاً ضد التركيبة الاجتماعية للنظام مما يؤدي لانحراف الأفراد بمعنى أن الفقر يولد رفضاً للقيم والأخلاق الاجتماعية التي يؤمن بها الأفراد في المجتمع باعتباره انعكاساً لانعدام العدالة الاجتماعية بين الفئات. كما أن الانحراف يؤدي إلى عدم التوازن بين الهدف الذي يسعى الفرد لتحقيقه في حياته والوسيلة التي يستخدمها لتحقيق ذلك الهدف في النظام الاجتماعي فإذا كان الفارق بين الأهداف الطموحة والوسائل المشروعة التي يستخدمها الأفراد كبيراً أصبح الاختلال الأخلاقي لسلوك الفرد أمراً واضحاً حتى يضطر معه الفرد لاستخدام الوسائل غير المشروعة مثل السرقة والرشوة والجريمة وغيرها ومن أبرز دعاة هذه النظرية عالم الاجتماع (اميل دوكهايم Dur Kheim).

٥ .٣ .٢ نظرية التقليد

يرى عالم الاجتماع تارد Tarde (١٩٠٤م) مؤسس نظرية التقليد أن الانحراف ظاهرة اجتماعية تتكون تحت تأثير البيئة الاجتماعية وتشكل جزءاً من النشاط الاجتماعي. وتعتمد نظرية (تارد) على ثلاثة قوانين أساسية هي:

١ ـ يقلد الأفراد بعضهم البعض بدرجة تتفاوت طردياً وشدة الاختلاط.

٢ ـ يتجه مسار التقليد من أعلى إلى أدنى طبقياً ومهنياً، فالطبقات الاجتماعية الأدنى منزلة تقلد الطبقات الأعلى منها في الرتبة والتصنيف على السلم الهرمي الاجتماعي والاقتصادي.

٣ـ يطلق (تارد) على الجزء الثالث من قانون التقليد اسم (قانون التداخل) والذي يعني أنه حين يوجد نمطان أو وسيلتان مختلفتان يمكن استخدام واحدة منهما فقط لتحقيق نتيجة معينة، فيكون هناك ارتفاع في نسبة استخدام الوسيلة الجديدة التي تحل محل القديمة بالتدريج (السيف، ١٩٩٧ : ٨٢).

٥ .٣ .٣ مدخل الوصم Labeling Approech

يبني هذا المدخل رأيه على فكرة مهمة لم تتطرق إليها النظريات الاجتماعية السابقة فتقول إن الانحراف الاجتماعي ناتج من نجاح مجموعة من الأفراد بالإشارة إلى أفراد آخرين بأنهم منحرفون فإذا قال الأوربيون إن إفريقيا متخلفة وتكرر هذا الحكم في وسائل إعلامهم أصبح الأفارقة جميعاً متخلفين في المنظور الاجتماعي الأوربي. وإذا أطلقت صفة التحضر على الشعب الأمريكي أصبح الأمريكان متحضرين في المنظور الاجتماعي الأوربي.

وتقسم هذه النظرية الانحراف إلى قسمين:

١ ـ الأول الانحراف المستور: وهو الانحراف الذي يرتكبه أغلب الأفراد في فترة ما من فترات حياتهم ويبقى مستوراً دون أن يكتشفه أحد وبخاصة شريحة الأطفال والمراهقين.

٢ ـ الثاني الانحراف الظاهر: فعندما يتهم هؤلاء الأفراد بالانحراف يتبدل الوضع النفسي والاجتماعي للمتهمين، لأن الآثار المترتبة على انحرافهم تعني أولاً إنزال العقوبات التي أقرها النظام الاجتماعي عليهم، وثانياً افتضاح أمرهم أمام الناس وثالثاً انعكاس ذلك الافتضاح على معاملة بقية الأفراد لهم، لذلك فالصفات

القاسية التي يستخدمها النظام الاجتماعي ضدهم كصفات السرقة والاحتيال وغيرها، إنما وضعها في الواقع النظام الاجتماعي والسياسي وألصقها بهؤلاء الأفراد، وعلى هذا الأساس يتصرف المنحرف بقبوله هذا التعريف الاجتماعي، ومع مرور الزمن ينظر المنحرفون لأنفسهم بالمرآة الاجتماعية التي تدينهم وتحدد علاقاتهم الاجتماعية، فيصبح لهم مجتمعهم الانحرافي الصغير داخل المجتمع الإنساني الكبير.

ومن أبرز الانتقادات التي وجهت لهذه النظرية هي أنها تجعل علاج الانحراف مستحيلاً لأنها تعتبر الانحراف ظاهرة اجتماعية طبيعية يصعب ضبطها والسيطرة عليها. ونظرية الوصم الاجتماعي تفشل في المعالجة لأنها تعزي الانحراف إلى انعدام العدالة الاجتماعية وتتجاهل انحرافات الطبقة الغنية في النظام الاجتماعي الأمر الذي يجعلها أكثر بعداً عن التحليل الواقعي الاجتماعي العملي.

وهي تفسر الإدمان بأنه سلوك انحرافي إذا كان من أفراد الطبقة الدنيا، وسلوك شاذ إذا كان من أفراد الطبقة الوسطى أو العليا. وبالتالي فإن الوصمة تجعل الفرد يقتنع ويترسخ لديه وبخاصة الذي ينتمي للطبقة الدنيا أنه مدمن، مما يشكل عاملاً قوياً لاستمراره في تعاطي المخدرات، وتوقع انتكاسته أكثر من مرة (العشماوي، ١٩٩٤ : ٦٨).

٥ .٣ .٤ نظرية الاختلاط التفاضلي

أما اتجاه نظرية الاختلاط التفاضلي والذي يتفرع عن نظرية التفكك الاجتماعي حيث تتوافق مع جميع المسلمات والمقدمات التي نادت بها تلك النظرية، كما تتفق معها في النتائج التي وصلت إليها، لكنها تزيد عنها في

تفسير الانحراف على أساس أن الفرد يقوم بسلوكه الانحرافي لتغلب العوامل الدافعة على مخالفة القانون على العوامل المانعة لتلك المخالفة، وهذه العوامل يكتسبها الفرد نتيجة للضغوط الاجتماعية وتضارب أنماط السلوك السائدة في الجماعة التي يعيش فيها مع أنماط السلوك في المجتمع العام، وحيث يكتسب الفرد الاستعداد لمخالفة القانون نتيجة لاختلاطه بالمنحرفين، فالفرد الذي يعايش جماعات المنحرفين يعتاد سلوكهم ويأخذ منهم أنماط السلوك الانحرافي، ويصبح هذا السلوك عادة سلوكية لديه. وقد نادى بهذا الاتجاه العالم سزرلاند (Sutherland) حيث كان هدفه تفسير السلوك الانحرافي بنظرية واحدة تجمع مختلف العوامل المختلفة للانحراف فاكتساب الفرد واستعداده الذي يتكون من مجموعة العوامل البيئية طبيعة السلوك الانحرافي، حيث أن العوامل البيئية المحيطة بالفرد هي التي تدفع به إلى ارتكاب الانحراف فإذا لم يكن لدى الفرد الاستعداد لاكتساب السلوك الانحرافي فيستحيل عليه إتيان التصرف الإجرامي (الدوري، ١٩٨٤ : ١٢٠).

ويفسر مدخل التفكك الاجتماعي أن الإدمان سلوك منحرف، ويعبر عن مشكلة اجتماعية سببها خروج المدمن عن المعايير والقيم التي أقرها المجتمع. وفي ضوء هذا المنظور فإن الأفراد العائدين للإدمان بعد التعافي يكونون شبه معزولين قيمياً لكونهم لا يشتركون في الإطار العام لقيم المجتمع وربما لا يسعون إلى تنمية بعض القيم الخاصة بهم داخل جماعتهم الفردية التي سوف تشعرهم بقدر من التسامح والقبول لمناشطهم السلوكية الانحرافية، وبالتالي فإن تغير صورة المدمن بعد علاجه لدى أفراد المجتمع قد تدفع المدمن المتعافي للانسحاب والعود للإدمان. كما أن المدمن عند تلقيه العلاج في إحدى المراكز المتخصصة فإنه قد يختلط بجماعات جديدة

قد تكسبه عادات واتجاهات جديدة نحو الإدمان قد تزيد في عودته للإدمان بعد خروجه (الريس، ١٩٩٥ : ٢٦-٢٨).

٥ .٣ .٥ نظرية التعلم الاجتماعي Social Learning Theory

وتعزي هذه النظرية بداية الإدمان والتعاطي إلى عدة أسباب :

١ - توهم الفرد أن التأثيرات المباشرة لتعاطي المخدرات قد تحدث عند الفرد شعوراً باللذة.

٢ - اعتقاد الفرد بان التعاطي له فائدة تتفق مع معاييره الشخصية.

٣ - امكانية تعلم الإنسان التعاطي من خلال ملاحظته للآخرين وتقليده لهم (الدخيل، ٢٠٠٥ : ٤١).

وهي تفسر الإدمان بأنه سلوك متعلم ناتج عن مخالطة الإنسان لمجموعة من المدمنين، بحيث يستمر الفرد في التعاطي لشعوره بالانتماء إلى الجماعة، كما أن الجماعة تدعم هذا السلوك، ليشعر المدمن أنه أحد أعضائها الذين تربطهم رابطة خاصة وهي السلوك المشترك لتعاطي المخدرات. وقد أشار هوارد بيكر Howard Becler إلى أن أغلب المدمنين بدؤوا الدخول في سلوك التعاطي عن طريق الأصدقاء والمعارف أو حتى من شريك زوجي، ويصنف أهمية خاصة لجماعات التعلم الاجتماعي حيث يرى أن الدافعية للإدمان تتحدد بثلاثة عوامل رئيسة هي : إزالة الألم، إدخال النشوة، محاولة تحقيق قبول بواسطة الجماعة (العشماوي، ١٩٩٤ : ١٤٣). كما أشارت هذه النظرية إلى دور الاستمالة Proselyting والتي تنطوي على فكرة تقديم المخدر بواسطة الأشخاص المقربين للمدمن أو الأصدقاء بطريقة سهلة ومشوقة تسهل له الحصول عليها.

لذلك ترى نظرية التعلم الاجتماعي في نظرتها للعود أن العلاج لا يقوم

على وجوب الامتناع الكلي طالما أن من الممكن تعديل العوامل الفاعلة أو المؤثرة، ويمكن تطبيق ذلك على المدمنين الكحوليين بحيث قد يكتفى لمساعدة الكحولي الإشكالي القيام بتغيير محيطه الاجتماعي أو عمله بهدف إزالة الدافع وراء شربه المكثف، في الوقت الذي يمكن مواصلة الشرب باعتدال. حيث وجد أن الممتنعين كلياً والشاربين العاديين لديهم فرص متساوية في تجنب الانتكاسة، حيث لم يكن الامتناع عن الشرب كهدف علاجي هو العامل الوحيد في هذا التحسن، بل كانت عوامل أخرى ساعدت في تحسنهم كالعمر والحالة الاجتماعية والعمل (الدخيل، ٢٠٠٥: ٤٥).

٥. ٣. ٦ النظرية الوظيفية Functional Theory

تعد النظرية الوظيفية من النظريات الكبرى في علم الاجتماع المفسرة لكثير من قضاياه وتبنتها العديد من المدارس العلمية، وفي مجال الانحراف جاء (روبرت ميرتون R. Merton) بنظرية الأنومي منذ عام ١٩٣٨م وقد قدم ميرتون Merton هذه النظرية ليوضح أن أشكالاً معينة من الانحراف ناشئة عن البناء الوظيفي للمجتمع نفسه والطرق التي من خلالها يؤدي البناء الاجتماعي وظائفه، وليست ناشئة عن البواعث البيولوجية.

هذا وينظر ميرتون Merton إلى الأنومي كنتيجة للتناقضات ما بين الأهداف التي يحددها البناء الثقافي للمجتمع وبين ما يقره المجتمع من أساليب للوصول إلى تلك الأهداف. ومن هذه الزاوية يمكن النظر إلى أن الأهداف الثقافية نفسها ربما تساعد على إنتاج السلوك المتعارض مع ما تقره القيم الاجتماعية.

وقد حدد ميرتون Merton عنصرين مهمين لفهم ظاهرة الانحراف في المجتمع ويتمثلان في عنصر الأهداف المحددة ثقافياً والتي يسعى كل فرد

في المجتمع إلى الوصول إليها، وعنصر الوسائل المحددة اجتماعيا لتحقيق تلك الأهداف المشروعة فبقدر ما يكون هناك توازن بين العنصرين تنعدم أو تقل معدلات الانحراف في المجتمع، وبقدر ما يتخلخل ذلك التوازن بقدر ما تنتشر السلوكيات المنحرفة بين أفراد المجتمع، هذا وتظهر حالة التوازن بين الأهداف المشروعة ثقافيا والوسائل المحددة اجتماعيا لتحقيق تلك الأهداف عندما ينشأ الأفراد اجتماعيا على الرغبة في تحقيق الأهداف المشروعة بواسطة الوسائل التي يرضى عنها المجتمع، وعندما تكون هذه الوسائل في متناول الجميع. ولكن عندما ينشأ الأفراد على تحقيق الأهداف المشروعة في حين أن الوسائل المشروعة لتحقيق هذه الأهداف غير متاحة لهم، أو عندما ينشئون على تقدير الوسائل وليس الأهداف، أو عندما لا يعترفون بشرعية الأهداف و الوسائل، معاً فإنه عندئذ يحدث عملية اضطراب أو تخلخل بين الأهداف والوسائل وهذا الوضع (عدم التوازن) هو ما أسماه ميرتون الأنومي الاجتماعي. وتقوم النظرية على فكرة أنه لا يخلو أي مجتمع إنساني من وجود اختلاف في الأهداف التي ينص عليها المجتمع وبين الوسائل المشروعة لتحقيق تلك الأهداف. (الخليفة، ١٩٩٣ : ٦٧). ولأهمية نظرية ميرتون في تفسير السلوك الانحرافي طبقت النظرية في العديد من المجتمعات الصناعية و خاصة لتفسير استمرار السلوك الإجرامي. وأساس هذه النظرية أن الإدمان هو خلل وظيفي لدى الفرد في أداء أدواره، عند فشل الفرد في أداء الأدوار أو التي يجب عليه القيام بها، فيمارس الإدمان وهو ما يعارضه المجتمع ويراه سلوكاً منحرفاً، ويخالف ما يتوقعه المجتمع أن يقوم به من أدوار داخل النسق الاجتماعي.

وتفسر النظرية الوظيفية العود بعد التعافي من الإدمان، حيث ترى أن المدمن المتعافي من الإدمان، والذي سيبادر إلى العودة لممارسة دوره القديم

والذي كان يمارسه قبل الإدمان، أو سعيه لمحاولة ممارسة أدوار جديدة تعويضاً عن الأدوار التي فقدها. وهنا قد لا يحظى بصداقة الآخرين أو رضاهم عن الدور الذي يقوم به، فيضطر إلى العودة إلى دوره القديم المصادق عليه، وهو دور المدمن (البريثن، ٢٠٠٢ : ١٠٧).

ويمكن تلخيص اتجاهات المنظور الوظيفي نحو الإدمان وفقاً لما يلي:

١ ـ اختيار الإدمان على المخدرات والعقاقير من المعوقات الوظيفية للنسق الاجتماعي وتهديد حقيقي لجوهر القيم الخاصة بالمجتمع.

٢ ـ اعتبار الإدمان شكلاً من أشكال الاستجابات الانسحابية لعدم القدرة على التكيف مع الإطار القيمي للمجتمع الأكبر.

٣ ـ من الممكن أن يكون الإدمان نتيجة للصراع القائم بين قيم المجتمع وعدم قدرة الأفراد على التعايش معها.

٤ ـ من الممكن أن يكون الإدمان بمثابة استجابة لصراع الاتجاهات الفردية للأشخاص مع القيم والمعايير الاجتماعية.

٥ ـ يمكن أن يكون الإدمان راجعاً إلى التحولات والتغيرات السريعة للمجتمع مما يؤدي إلى اهتزاز القيم وانحرافها لعدم القدرة على مسايرة هذه التحولات.

٦ ـ يمكن أن ينشأ الإدمان بسبب فشل الكبار في نقل قيمهم للصغار والذين يقعون تحت التأثير الأقوى لجماعات القرناء الأكثر رقابة وضبطاً من الوالدين (العشماوي، ١٩٩٤ : ١٤١).

الفصل السادس

الأدبيات والدراسات السابقة

٦ .الأدبيات والدراسات السابقة

تعد دراسات جلوك Glueck منذ عام ١٩٢١ والتي أجراها هو وزوجته من المراحل الرئيسة في دراسات التنبؤ بالعود للسلوك الانحرافي بشكل عام. والتي أجريت كدراسة تتبعية لخمسمائة شخص من الذكور ممن خرجوا من إصلاحية كونكورد في ولاية ماساشوسيس بالولايات المتحدة الأمريكية، وقد استغرقت الدراسة خمس سنوات، وقد قارنا بين العوامل التي أحاطت بهؤلاء قبل الإيداع وأثناء الإيداع وبعد الإيداع وبين الاتجاه نحو الجريمة، وتوصلا إلى جدول يوضح التنبؤ بدرجة المخاطرة التي تؤدي بالفرد إلى العود للسلوك الانحرافي. ومن أهم تلك النتائج حول العوامل التي تساعد على التنبؤ: التأكيد الاجتماعي، الشك التدميري، العناد، عدم الثبات الانفعالي، القابلية للإيحاء، وجود طاقة غير خاضعة لتكيف (عبدالسلام، ١٩٨٩ : ٤١-٤٢، العمري، ٢٠٠٢).

ومنذ ذلك الوقت والدراسات تتوالى لظاهرة العود للانحراف. وحيث أن موضوع دراستنا يناقش نوعا من أنواع الانحراف السلوكي والاجتماعي وهو الإدمان. نشير إلى أنه قد حظي موضوع الإدمان باهتمام كبير من الباحثين والدارسين، إلا أن موضوع العود للإدمان لم يحظ بالقدر المهم من الدراسات رغم أهميته.

وعلى الرغم من أهمية بحوث الإدمان، إلا أنه لم يتم تناول ظاهرة العود ببحث علمي جاد إلا منذ عام ١٩٧٠م، وذلك عندما قام ألن مارلت Alan Marlett وزملاؤه بالبدء في دراسة حول محددات العود للإدمان والتي نشرت عام ١٩٨٥م من خلال تفسير ذلك وفق النموذج المعرفي السلوكي للعود للإدمان، والذي أسهم في تسليط الضوء على هذه الظاهرة وبالتالي

ظهور العديد من البحوث النفسية والاجتماعية المتخصصة في مناقشة العود للإدمان (Steohen,1996:90) . كما أشار كورترز ومايستو Connors& Maisto عام ١٩٩٦م إلى مجموعة من الدراسات كانت البداية لأبحاث العود للإدمان ومنها دراسة ليتمنLitman (١٩٧٧ـ١٩٧٩)، وأبحاث لودونك Ludwingعام ١٩٧٤م، ودراسات مارلت Marlett عام ١٩٧٨م، وأبحاث مارلت وجوردن Marlett & Gordonعام ١٩٨٠ وكل هذه الدراسات سعت للتعرف على محددات العود وأهم العوامل المؤثرة فيها (Connors & Maisto,1996:188) .

والمطلع على التراث الغربي يجد الكم الهائل من البحوث المتخصصة في ظاهرة العود للإدمان، بل إن هناك دراسات تخصصت في أنواع معينة من المواد الإدمانية، أو في قضايا فرعية للظاهرة. وفي العالم العربي نجد وجود اهتمام بدراسات العود للانحراف والتي بدأت منذ عام ١٩٦٥م من خلال الدراسة التي قدمها الألفي (١٩٦٥) للحصول على درجة الدكتوراه تحت عنوان (العود إلى الجريمة والاعتياد على الإجرام)، وتوالت العديد من الأبحاث في هذا المجال. إلا أننا نلحظ وجود شح في الدراسات المتخصصة في قضية العود للإدمان أو انتكاسة المدمنين مرة أخرى، إلا أن هناك دراسات وضعت العود كمتغير أو كسبب في ارتفاع نسبة الإدمان في المجتمعات العربية. ونظراً لكثرة تلك الدراسات فقد اخترنا عدداً من الدراسات من معظم الأقطار العربية سواء أكانت عن الإدمان بشكل عام أو العود للإدمان بشكل خاص. وقد يلحظ القارىء كثرة عدد الدراسات السابقة، حيث يرى الباحث من خلال إطلاعه على عدد من البحوث عدم الاهتمام بالدراسات السابقة بينما كان العكس في الدراسات الغربية إذ لوحظ أن معظم البحوث تعد بمثابة مرجع رئيس لمختلف الدراسات التي

تكتب عن الموضوع المبحوث . لذلك سعى الباحث هنا لعرض عدد كبير من الدراسات السابقة . كما أن ارتباط الدراسة الحالية بالعالم العربي جعل الباحث يرجع للعديد من الدراسات من عدد من دول العالم العربي :

٦ .١ الدراسات الأجنبية

١ ـ دراسة باربر وكوني ولورلز Barbor, H&Coony,N& Lauerman,R عام ١٩٨٧م والتي هدفت للتعرف على تأثير الاعتمادية على العود للإدمان ، توصلوا إلى أن الاعتماد التاريخي أكثر تأثيرا من الاعتماد الحالي أثناء الدراسة ، ووجدوا أن هناك ثلاثة عوامل مهمة تؤثر في العود للإدمان ، وهي :

أ ـ أن يكون له تاريخ علاجي من الإدمان .

ب ـ أن يكون يعاني من مشاكل اجتماعية .

جـ ـ أن يكون له تاريخ من الأمراض النفسية .

د ـ أن الاعتمادية لم تكن عاملا مباشراً في التأثير على العود للإدمان .

٢ ـ دراسة ميشيل ودونكن ونادين Michael,G&Ducan,S&Nadine,B عام ٢٠٠٢م ، حيث سعت هذه الدراسة إلى اكتشاف العوامل التي تؤثر على عدم العود للإدمان للهيروين على مجموعة من المقيمين في مصحات الرعاية النفسية ، وكانت العينة مكونة من ٢٤٢ مدمناً من ٢٣ برنامجاً علاجياً في الولايات المتحدة الأمريكية ، وقد تمت الدراسة بأسلوب الدراسة التتبعية لهؤلاء المدمنين خلال ١٢ شهراً .
ومن أهم النتائج التي توصلت إليها بعد تطبيق عدد من البرامج :

أ- أن ٦٠٪ رجعوا لاستخدام الهيروين و٤٠٪ لم يعودوا .

ب- أن الذين لم يعودوا استفادوا من البرامج التي طبقت عليهم .

جـ- الذين عادوا لم يستخدموا الهيروين فقط بل استخدموا مواد إدمانية أخرى وبخاصة المواد الإدمانية الكيمائية .

وقد أوصت الدراسة باستخدام العلاج الذاتي مع المدمنين وبالذات مدمني الهيروين .

٣- دراسة ستيف وبل ومايك Steve,Bill, Mike,٢٠٠٠ والتي هدفت إلى تحديد العوامل المؤدية إلى العود للإدمان ، وقياس تأثير الفاعلية الذاتية ، والاعتماد النفسي على الكحول ، والتوازن العقلي ، على العود لإدمان الكحول . وقد طبقت الدراسة على عينة تكونت من (٦٠) من مدمني الكحول الذكور خلال سنة . وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية :

أ- زيادة الفاعلية الذاتية كان لها تأثير أكبر في الحد من العود للإدمان .

ب- لم توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاعتماد النفسي والعود للإدمان .

جـ- أن الفاعلية الذاتية والتوازن العقلي أكثر العوامل تأثيراً في العود لإدمان الكحول .

٤- دراسة ملهوترا وملهوترا وباسيو Malhotra, Malhotra, Basu,1999 ، والتي هدفت للمقارنة بين اتجاهات مدمني الكحول وأفراد عائلاتهم نحو العود للإدمان ، وطبقت على عينة من (٣٠) مدمناً على الكحول وعائلاتهم في أحد المصحات بالهند . وقد توصلت الدراسة إلى :

أ ـ لم يكن هناك اختلاف في اتجاهات المدنين وعائلاتهم نحو العودة لإدمان الكحول .

ب ـ اتفاق مدمني الكحول وعائلاتهم على أن : (الحالة النفسية ، تغير المزاج العقلي ، القدرة والاستعداد لتحمل المواقف الضاغطة) أهم العوامل التي تزيد من احتمالات العود .

جـ ـ كان هناك اتفاق كبير بين المدمنين وعائلاتهم في الاعتقاد بأسباب العود للإدمان .

٥ ـ دراسة ألسون وساندرس وفليبس وكارر Allsop,Saunders, Phillhps, Carr,1997 حول فاعلية برنامج الوقاية في الحد من العود للإدمان ، وهي دراسة تجريبية على ٦٠ مدمناً في داخل إحدى المصحات العلاجية في الولايات المتحدة الأمريكية ، وعينة من ٦٠ مدمناً غير مقيمين بأي من المصحات ، وقد تم عمل دراسة تتبعية خلال ستة أشهر وخلال ١٢ شهراً لتحديد العوامل المؤثرة في العودة للإدمان . وطبق البرنامج على ٢٠ شخصاً في كل برنامج ، أي تقسيم العينة إلى ثلاث مجموعات ، المجموعة الأولى في برنامج علاجي وقائي ، والمجموعة الثانية في برنامج علاجي عادي مطبق في المصحة ، والمجموعة الثالثة مجموعة ضابطة لم تتلق أي برنامج . وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية :

أ ـ البرنامج الوقائي له تأثير أعلى وبالذات في الفاعلية الذاتية ، بالمقارنة مع المجموعة الثانية التي تلقت علاج المؤسسة .

ب ـ المجموعة الأولى أقل في العود للإدمان من المجموعة الثانية .

جـ ـ البرنامج الوقائي التي تتلقاه المجموعة الأولى كان له تأثير في زيادة المدة في العود للإدمان .

٦ - دراسة إمي وروبرت Amw, and Robert,1996 والتي سعت لدراسة الفرق بين الرجال والنساء في العود للإدمان، طبقت على عينة بلغت ٣٠٠ مدن منهم ١٦٩ من الرجال، و١٣١ من النساء من المقيمين داخل إحدى المصحات للتأهيل النفسي للمدمنين، وقد سعت الدراسة إلى المقارنة بين الجنسين في عادات الإدمان ونوع العود والمواقف المساعدة على العود. وتم سؤال المدمنين عن عدد مرات العود، والمراحل التي مر بها في العود، وكذلك تم قياس مستوى الدعم الاجتماعي والتوقعات الذاتية لأنفسهم من خلال عدة مقاييس. وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

أ- هناك فرقاً كبيراً بين الجنسين في العودة للإدمان.

ب- هناك فرق كبير بين الجنسين في عادات الشرب ، حيث تبين أن النساء الذين لا يعدن أقل من الرجال الذين يعودون لإدمان الشراب.

جـ- تأثير العزلة الاجتماعية والنفسية في العود للإدمان كان واضحاً لدى الرجال أكثر منه لدى النساء.

د- النساء يعدن للإدمان في الظروف النفسية الناجمة عن علاقات سيئة بين الأزواج أو الأصدقاء، بينما لدى الرجال هي أقل من ذلك.

هـ- الرجال يعودون لإدمان الكحول دون اشتراط تعرضهم لظروف نفسية.

و- كان لكثرة الإدمان دور كبير في العود للإدمان لدى الجنسين .

كما أشارت الدراسة إلى أن هذا الاختلاف بين الجنسين كان نتيجة للاختلاف الثقافي والتعليمي والاجتماعي بين الرجال

والنساء ، وبالتالي أوصت الدراسة بأن تؤخذ هذه الاختلافات في الاعتبار عند تصميم برامج لمعالجة المدمنين .

٧ـ دراسة ملر ووستيرغ Miller, Westerberg,1996 في دراستهم لمحددات العود للإدمان وقد توصلت الدراسة إلى أن هناك نماذج عديدة لتفسير ظاهرة العود الإدمان ، ومنها نظرية الصحة العامة في الإدمان التي ترى أن العود للإدمان يعتمد على ثلاثة عوامل وهي : نوع المواد الإدمانية ، السمات الشخصية للمدمن ، المتغيرات البيئية . ومن أهم العوامل المؤثرة في العودة للإدمان :

أـ عدم التوازن النفسي .

ب ـ ضغوط الحياة الشديدة .

جـ ـ الفاعلية الذاتية .

د ـ الاستراتيجية السلوكية .

هـ ـ وجود إمكانيات الدعم المجتمعي .

و ـ العوامل غير المباشرة كالجنس والعرق والعمر والتاريخ العائلي والسمات الشخصية .

وقد أكد ملر Miller على أهمية متابعة الحالة المزاجية للمدمن والتي قد تساعد على اكتشاف مقدار العود للإدمان . كما أشار ملر Miller إلى أن وجود مهارات العلاج الذاتي لها دور في نجاح التدخلات العلاجية ، بحيث كلما كان لدى المدمن قدرة في مهارة العلاج الذاتي كلما قلت عودته للإدمان . حيث توصل إلى وجود ارتباط عكسي بين امتلاك المهارات الذاتية للعلاج وظاهرة العود للإدمان .

٨ـ كما أشارت دراسة بولس ارمور Polich,Armor1981م، التي طبقت على عينة من المدنين، وقد هدفت لنقد نظرية مارلت Marlatt حول النموذج المعرفي السلوكي لتفسير ظاهرة العود، توصلت الدراسة إلى وجود عدد من العوامل المؤثرة في المواقف الضاغطة، وأن قدرات الأفراد في التصرف في المواقف تختلف وفق عدد من المتغيرات، واستخلصت هذه الدراسة أن الحالة المزاجية والعزلة الاجتماعية والأسرة لها دور في العود للإدمان.

٩ـ توصلت دراسة دالي ومارلت، Daiey, Marlatt, 1992 والتي هدفت للكشف عن العوامل المؤدية لانتكاسة المتعافين من المدمنين، إلى وجود بعض المثيرات والمحضرات التي أسهمت بشكل مباشر العود للإدمان لدى المتعافين، فقد توصلت الدراسة إلى أن ما نسبته (٣٨٪) من مدمني الكحول، وما نسبته (١٩) من متعافي الهروين، قد عادوا نتيجة لعدم الاستقرار الوجداني والانفعالي لديهم. كما أجاب ما نسبته (٢٦٪) من المتعافين من الهيروين وما نسبته (١٨) من المتعافين من الكحول، أن عودتهم كانت نتيجة لصعوبات واجهوها في التكيف الاجتماعي، والتي كان من أهمها عدم قدرة المتعافي على تكوين علاقات اجتماعية سليمة مع المجتمع المرتبط به.

١٠ـ توصلت دراسة كل من Yates, Booth, Reed, Brown and, Mastewson 1993، والتي قام من خلالها الباحثان بفحص مدمني الكحول العائدين للإدمان باستخدام نموذج احتمالية معاودة الشراب، والتي طبقت على عينة بلغت (٢٩٩) مدمناً كحولياً من الذكور، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

أ ـ أن (٣٥,٨٪) من العائدين يقعون في دائرة الخطر العالية للعود للشرب.

ب ـ ما نسبته (٦١٪) ممن يقعون في الدائرة الخطرة للشرب قد دخلوا للعلاج مرة أخرى مقارنة بـ (٢٨٪) ممن يقعون في الدائرة الآمنة لمعاودة الشرب.

جـ ـ بمقارنة الفئتين وجد الباحثون أن من يقعون في دائرة معاودة الشرب هم الأكبر سناً، ويتسمون بمكانة اجتماعية واقتصادية منخفضة، ولديهم مشكلات صحية وعقلية أكثر، كما أنهم يفتقرون للدعم الاجتماعي في بيئتهم.

٦ .٢ الدراسات العربية

٦ .٢ .١ دراسات في المملكة العربية السعودية

في دراسة المرزوقي وآخرون (١٩٩٤) حول ظاهرة المخدرات في المجتمع السعودي والتي طبقت على عينة بلغت (٢٠٠) مدمن من مستشفيات الأمل، و عينة بلغت (٣٦٩) من السجناء الموقوفين بقضايا المخدرات، و عينة بلغت (٢٠٤٠) من طلاب الجامعات، وعينة بلغت (١١٨٧) من عامة المواطنين في مدينة الرياض. توصلت الدراسة عن خصائص المتعاطين ما يلي: (٩٢٪) أعمارهم ما بين (١٨ـ ٢٥)، ما نسبته (٧٣٪) يسكنون في مساكن متوسطة، ما نسبته (٧٤,٨٪) تعليمهم متوسط فأقل، ما نسبته (٧٨,٧٪) متوسطي الحال، ما نسبه (٦٦,٧٪) من العزاب، ما نسبته (١٩,٥٪) يتعاطون قليلاً من المسكرات، ما نسبته (٨٤٪) لأسرهم

علاقة بالمخدرات ، ما نسبته (٧٩ , ٦٪) يدركون أضرار المخدرات . كما توصلت الدراسة إلى أن أسباب تعاطي المخدرات في المجتمع السعودي هي :

١ ـ الفراغ والبطالة والفقر بما نسبته (٣٥ , ٦٪) .

٢ ـ المشكلات الأسرية والمدرسية بما نسبته (٢٢ , ٧٪) .

٣ ـ أصدقاء السوء بما نسبته (١٨ , ٤٪) .

٤ ـ ضعف الوازع الديني بما نسبنه (١٧ , ٢٪) .

٥ ـ السفر للخارج بما نسبته (٦ , ١٪) .

كما توصلت الدراسة إلى أن الحشيش أكثر المواد الإدمانية ثم الحبوب المنبهة (الكبتاجون) . كما تبين من دراسة الحالات المتعمقة التي أجرتها الدراسة من (٩) حالات من اصل (١٢) حالة عادت للإدمان أكثر من مرة ، وقد تراوحت عدد مرات العود ما بين (٢ـ٦) مرات سواء للتعاطي أو للعلاج في المستشفى .

كما توصلت دراسة العتيبي (١٩٩٩) إلى أن نسبة انتكاسة الكحوليين بمستشفيات الأمل بالمملكة العربية السعودية بلغت (١٨٠٦٪) خلال سبعة أشهر ، وكانوا في المرتبة الثالثة من بين المنتكسين في المواد الإدمانية الأخرى بعد الحشيش والحبوب المخدرة ، كما تبين أن ما نسبته ٧٣٪ من الكحوليين المعالجين بمستشفى الأمل بالرياض هم من متكرري الدخول عند متابعتهم لمدة شهرين .

كما توصلت دراسة الحمادي (١٩٩٣) والتي طبقت على عينة بلغت (٢٨) مدمناً ، إلى أن الهيروين أكثر المواد الإدمانيه تعاطياً بما نسبته (٦٤ , ٣٪) ، ثم الحشيش (٤٢ , ٨٪) ، ثم العقاقير المصنعة (٢٨ , ٥٪) . كما أجاب ما نسبته (٦٠ , ٧٪) من العينة أن المستشفى العلاجي يشكل نقطة انطلاقة للعود للإدمان نتيجة للاتصال والتعارف الذي يوفره لهم .

وعن أسباب العود للإدمان أشارت الدراسة إلى أن أسباب العود، هي:

١ ـ عدم وجود وظيفة عند الخروج من المستشفى.

٢ ـ إلحاح بعض الأصدقاء للتعاطي.

٣ ـ الجلوس مع أصدقاء.

٤ ـ الاستمتاع في جو المخدر والنسيان.

٥ ـ الخروج من الهموم وبعض المشاكل الصحية.

٦ ـ نظرة المجتمع إليه بعد خروجه من المستشفى.

٧ ـ وجود مشاكل عائلية وأسرية.

٨ ـ توفر المادة المخدرة.

وفي دراسة Abdulaziz (١٩٩٢)، عن الانتكاسة في استعمال المخدرات في المجتمع السعودي، والتي هدفت إلى التعرف على ظاهرة العود للإدمان في المجتمع السعودي، والكشف عن حجم الانتكاسة، وتحديد الخصائص المختلفة للمتعاطين، توصلت الدراسة إلى أن نسبة الانتكاسة بعد فترة العلاج تصل إلى (٣٨,٥٪) من إجمالي عينة المعالجين في مستشفى الأمل بالرياض من إجمالي (٢٣٥) مدمناً. كما توصلت الدراسة إلى أن معظم المتعاطين تقل أعمارهم عن سن الثلاثين (٨٤,٧٪)، وأن ما نسبته (٣٢,٨٪) يعزون عودتهم إلى وجود مشاكل أسرية، وأن ما نسبته (٢٢,٨٪) منهم كانت علاقاتهم سيئة مع أسرهم. وعن أسباب التعاطي جاءت ترتيب الأسباب كما يلي:

١ ـ تأثير أصدقاء السوء.

٢ - المشاكل العائلية .

٣ - المشاكل المادية .

٤ - ضعف الرقابة الأسرية .

٥ - السفر للخارج .

٦ - التعاطي من أجل المرح .

٧ - ضعف الوازع الديني .

٨ - وقت الفراغ . كما توصلت الدراسة إلى أن تعاطي الهيروين وضعف الوازع الديني للمدمن من أهم التغيرات التي يمكن الاستفادة منها في التنبوء بارتباطها بالانتكاسة .

وفي دراسة الريس (١٩٩٥)، حول العوامل الاجتماعية المرتبطة بظاهرة العودة للمخدرات، والتي طبقت على عينة تكونت من (٣٩٩) مدمناً من الذين يتلقون العلاج في مستشفى الأمل بالرياض، وقد جاء ترتيب العوامل الاجتماعية، وفق ما يلي :

١ - ما نسبته (٩٩, ٥٪) لم يتلقوا أي مساعدات من مؤسسات الرعاية الاجتماعية بعد خروجهم من المستشفى .

٢ - ما نسبته (٩٠, ٧٪) من المنتكسين أجابوا بعدم متابعة المستشفى بعد الخروج .

٣ - ما نسبته (٨٩, ٥٪) واجهوا صعوبة في الحصول على عمل .

٤ - ما نسبته (٨٩, ٣٪) عادوا إلى الاختلاط مع أصدقائهم بعد خروجهم من مستشفيات الأمل في الفترة الماضية .

٥ - ما نسبته (٨٤٪) لديهم أصدقاء يتعاطون المخدرات .

٦ ـ ما نسبته (٣, ٨٠٪) يرون عدم رغبة أفراد المجتمع في التعامل معهم .
٧ ـ ما نسبته (٧٦٪) يعانون من مشكلات أسرية .
٨ ـ ما نسبته (٧١٪) يرون أن أفراد المجتمع يميلون للسخرية منهم .
٩ ـ ما نسبته (٤٥٪) لم يتلقوا مساعدات أسرية .

أما الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للعائدين للإدمان، فتشير إلي أن غالبيتهم نشؤوا في مناطق حضرية (٩٠٪)، غالبيتهم من الذين لم يتزوجوا (٦٠٪)، متوسط أعمارهم (٣٠, ٨٣) سنة، غالبيتهم من ذوي التعليم المنخفض (٨٧٪)، غالبيتهم ممن يعملون في الوظائف الفنية (٤, ٢٨٪)، كما وجد أن موت أحد الوالدين أو كليهما كان أعلى بين مدمني الكحول المنتكسين، وكذلك وجود شخص يتعاطى المخدرات بين أفراد الأسرة كان أكثر بين المدمنين المنتكسين . وفيما يتعلق بالمواد الإدمانية الأكثر في العود، جاء الهيروين في المرتبة الأولى، ثم الكحول، ثم الحشيش، ثم التشفيط، ثم الحبوب . وعن البرامج العلاجية كشفت الدراسة أن ما نسبته (٣٥٪) من أعضاء الفريق العلاجي يرون أن برامج التأهيل والعلاج بالعمل المتوفرة في مستشفيات الأمل ضعيفة وغير جيدة .

وعلى عكس من هذه الدراسة توصلت دراسة حسين (٢٠٠٣) حول اتجاهات أفراد المجتمع نحو مدمني المخدرات المعالجين أو المتعافين من الإدمان، والتي طبقت على عينة مكونة من (٤٠) فرداً من الذكور والإناث بمدينة الرياض، توصلت إلى ميل أفراد العينة إلى التعاطف مع من شفوا وامتنعوا تماماً من تعاطي المخدرات في حين يقل هذا الميل على مستوى التعامل الشخصي والمهني مع المتعافين . كما توصلت دراسة العنزي(٢٠٠٤) التي طبقت على عينة تكونت من (٢٤٦) من المسجونين

العائدين لجريمة الاتجار بالمخدرات في إصلاحية الحائر بمدينة الرياض، وقد توصلت الدراسة إلى عدد من المؤشرات المهمة ومنها :

١ ـ العود يزداد في الفئة العمرية (٣٥ـ٤٥) سنة بما نسبته (٢, ٣٥٪) .

٢ ـ العود يتركز لدى العزاب غير المتزوجين بما نسبته (٢, ٥١٪) .

٣ ـ غالبية العائدين (٩, ٦٩٪) والداهم من غير المتعلمين .

٤ ـ ما نسبته (٥٨٪) من العائدين يعانون من مشكلات وخلافات أسرية .

٥ ـ ما نسبته (٧, ٥٣٪) من العائدين لهم أصدقاء يتاجرون بالمخدرات .

٦ ـ ما نسبته (٨, ٥٦٪) من العائدين دخولهم لا تكفيهم للوفاء بمتطلباتهم المعيشية .

أما دراسة Al -Nahedh (١٩٩٩) التي طبقت على عينة من العائدين للإدمان في مستشفى الأمل بمحافظة جده بالمملكة العربية السعودية، بلغت (١٣٦) مدمناً ممن أنهوا البرنامج العلاجي، وقد جاءت مظاهر العود للإدمان، بعد الثلاثة الأشهر الأولى كانت نسبة العود (٥٪) وخلال الستة أشهر بلغت نسبة (١٢, ٨٪)، وبعد عام بلغت نسبة العود (٦٨, ٨٪)، وبلغ إجمالي عدد الأفراد الذين عادوا (٣٣) مدمناً من إجمالي العينة . وكذلك كشفت دراسة سعيد والخزرج (١٩٩٦) والتي طبقت على عينة من (٧٠) مدمناً على الهيروين بمستشفى الأمل بجده، إلى أن العوامل الاجتماعية المتردية من حي ومسكن في سنوات الطفولة والمراهقة، والشكل العام الذي اقترب من مفهوم الأسر المتصدعة وما نجم عنه من ضعف الرقابة الأسرية، وعدم الحث على الالتزام بالقيم الدينية، وتردي الأوضاع الدراسية، وتفاقم الأوضاع السلوكية ودخولهم في انحرافات خلقية ، كل هذا ساعد في اتجاه

الأشخاص إلى تعاطي المخدرات، كما شاع الهيروين نتيجة لندرة بعض المواد المخدرة والمعلومات الوهمية عن خصائص الهيروين، بالإضافة إلى قوة وسرعة مفعوله في انتشاره لدى مدمني الهيروين. وعن المواد المستخدمة قبل الهيروين، جاءت إجابات المدمنين بأنها: (الكحول، التشفيط، الحبوب، الحشيش ثم الهيروين). وكان العود للهيروين أكثر من غيره، حيث يصل إلى أن يكون الاستخدام الوحيد عند استخدامه للمرة الخامسة.

وقريب من هذه الدراسة دراسة الضحيان والمطيري (١٩٩٦) والتي طبقت على عينة من مدمني الهيروين بلغت (٣٠) حالة، والإضافة المهمة في هذه الدراسة، أن احتمال الانتكاسة يزداد بزيادة فترة التعاطي، وهذا قد ينال من العملية العلاجية ذاتها.

ومن الدراسات النفسية التي تناولت ظاهرة العود للإدمان في المجتمع السعودي دراسة العتيبي (١٩٩٩)، في دراسته دور التدريب على السلوك التوكيدي في التقليل من احتمال الانتكاسة بعد العلاج لدى عينة من مدمني الكحول، طبقت على عينة بلغت (٢٧) كحولياً، وهي من الدراسات التجريبية التي توصلت إلى عدم فاعلية البرنامج التوكيدي في التخفيض من معدل الانتكاسة، حيث اتضح أن جميع من تم متابعتهم بعد التطبيق من كلتا المجموعتين التجريبية والضابطة قد تعرض للانتكاسة.

أما دراسة غويدي (١٩٩٨)، التي سعت للتعرف على الفروق في علاقات الأسرة والأصدقاء بين الأصحاء والعائدين إلى الإدمان والمراجعين لمستشفى الأمل بجده، والتي طبقت على عينة بلغت (٣٠٠) مبحوث، منهم (١٠٠) من العائدين للإدمان، و(١٠٠) ممن عولجوا في مستشفيات

الإدمان، و(١٠٠) من العاديين من غير المدمنين ، وقد توصلت الدراسة إلى وجود فروق بين العائدين للإدمان والأصحاء في أبعاد مقياس العلاقات الاجتماعية بالنسبة للأسرة والأصدقاء. وفي دراسة العنزي (١٩٩٩) التي هدفت إلى التعرف على خصائص المدمنين، وطبقت على عينة من ١٢٢ مدمناً بمستشفى الأمل بالرياض، وتوصلت الدراسة إلى نتائج تتفق مع نتائج كثير من الدراسات السابقة من حيث الخصائص، وهي أن المدمنين هم من الفئة العمرية (١٨-٣١) بما نسبته (٤٥٪)، ويعيشون في المناطق الحضرية (٧٨.٪)، ومن غير المتزوجين (٥٣,٢٪)، ومن مستوى تعليمي متدن (٧٠٪)، وأن أقل من نصف العينة بلا عمل، وأن مستوى الدخل لدى معظمهم هو اقل من (٣٠٠٠) ريال شهرياً.

كما أجريت عدد من الدراسات حول أنواع محددة من المواد الإدمانية ومنها ، دراسة السعيد (١٩٨٩) عن متعاطي الحشيش وطبقت باستخدام منهج دراسة الحالة على عينة بلغت (١٠) حالات من متعاطي الحشيش، أن غالبيتهم عزاب، متوسط أعمارهم (٢٩) سنة، ومستواهم التعليمي دون الجامعي. وعن العود لتعاطي الحشيش أشارت الدراسة إلى أن غالبيتهم حاولوا الإقلاع عن تعاطي الحشيش، وأنهم يدركون الأضرار الناجمة عن الحشيش والمخدرات بشكل عام، إلا أنهم يعودون مرة أخرى، وأن أسباب تعاطيهم للحشيش، مجاراة أصدقاء السوء، الرغبة في نسيان الهموم والمشاكل، الرغبة في نسيان متاعب العمل، إطالة مدة العملية الجنسية. كما توصلت دراسة الفالح (١٩٨٩) إلى تحديد العوامل الاجتماعية المؤثرة على تعاطي المخدرات، وقد طبقت هذه الدراسة على عينة تكونت من (١٠٠) متعاط للمخدرات من مواد الحبوب المنومة أو المنبهة فقط ، وكانت

خصائصهم أن فئتهم العمرية ما بين (٣٠-٣٩) سنة من العزاب وأصحاب المستوى التعليمي المتدني. وقد جاء ترتيب العوامل الاجتماعية لتعاطي المخدرات وفق ما يلي:

١ ـ مخالطة أصدقاء السوء.

٢ ـ وقت الفراغ.

٣ـ ضعف الوازع الديني.

٤ ـ التحضر.

٥ ـ الطفرة المادية.

كما توصلت دراسة عبدالباقي (١٩٩٢) والتي طبقت على عينة بلغت (٤٧) حالة من المدمنين على الهيروين كمجموعة تجريبية، وعينة من (٢١) حالة من المدمنين من غير الهيروين في مستشفى الأمل بالرياض، وقد توصلت الدراسة إلى أن الصحة النفسية لدى مدمني الهيروين الذين استمروا في التعاطي من عامين إلى أربعة أعوام تبدو في المتوسط صفحة نفسية تختلف عن صفحة العاديين، كما لوحظ ارتفاع درجة الكذب والدفاعات لدى المدمنين، وكذلك ارتفاع درجة البارنويا والاكتئاب، وكذلك عدم وجود انحراف سيكوباتي لدى المدمنين.

وعن مدى انتشار المواد المخدرة الطيارة، أوضحت دراسة السدحان (١٩٩٨) حول استنشاق المذيبات الطيارة لدى الأحداث في المجتمع السعودي، والتي طبقت على عينة بلغت (٩٧) مدمناً، ومن أهم النتائج التي توصلت إليها، أن الغراء (الباتكس) أكثر المواد الطيارة استخداماً(٦٨٪)، ثم بخاخ البوية (٧, ٢٢٪). ومن أسباب ذلك رخص ثمنها (٥, ٥٠٪)، وسهولة الحصول عليها (٣٤٪)، وأفضل الموجود

(٧, ٢٢٪). كما توصلت إلى أن ما نسبته (٦, ٨٥٪) منهم كان يمارس التدخين قبل استنشاق المذيبات الطيارة، وأن (٦, ٨٦٪) فكروا بالإقلاع عن استنشاق المذيبات الطيارة، وأن ما نسبته (٥, ٨٤٪) حاولوا الإقلاع عن التعاطي إلا أنهم يعودون.

وتوصلت دراسة الدامغ (١٩٩٧) حول تصنيف مدمني الكحول في المملكة العربية السعودية، والتي طبقت على عينة بلغت (٧٢) من مدمني الكحول في مستشفيات الأمل بمدينة الرياض والدمام، ومن أهم النتائج التي توصلت لها الدراسة أن ما نسبته (٩, ٨١٪) من العينة سبق أن قطعوا على أنفسهم وعوداً بعدم العود للتعاطي مرة أخرى، ولكنهم عادوا للتعاطي. وذلك لعدة أسباب منها:

١ ـ الارتياح من التوتر (٥, ٣٧٪).

٢ ـ الشعور بالارتياح (١, ٣١٪).

٣ ـ عدم وجود شيء يعمله (٥, ١٥٪).

٤ ـ عدم الاستطاعة عن التوقف وتجنب الأصدقاء (٨, ٢٪). كما أشارت دراسة الدخيل (٢٠٠٥) إلى أن كثيراً من شاربي الكحول في المجتمعات الإسلامية تأثروا في ذلك بغير المسلمين، والبعض يشرب للحصول على اللذة والاسترخاء، وآخرون يشربون لمجاراة الأصدقاء وبعض أفراد الأسرة، كما يوجد من يشرب تقليداً للنجوم والمشاهير، أو هروباً من مواجهة المشكلات ونسيانها والتخلص من القلق، أو اعتقاداً بأن الشرب يجعل العملية الجنسية أكثر متعة وإثارة (الدخيل، ٢٠٠٥).

٦ .٢ .٢ دراسات في الإمارات ـ البحرين ـ عمان ـ قطر والكويت

في دراسة قام بها المشروع الوطني للوقاية من المخدرات (غراس) في الكويت ظهرت الأسباب التالية لتعاطي المخدرات :

١ ـ سهولة الحصول على المال مقابل تسهيلات يعرضها تجار هذه السموم .

٢ ـ غياب الوازع الديني وتدني مستواه لدى البعض من الناس وانتشار قيم دخيلة على المجتمع .

٣ ـ ضعف عمليات التفتيش والرقابة واتساع الحدود البحرية وصعوبة السيطرة عليها

٤ ـ قيام بعض مقاهي الشيشة بدس المخدرات للزبائن ليعتادوا عليها وليعودوا لهذه المقاهي دون غيرها خاصة الحشيش .

٥ ـ عدم وجود مستشفى متخصص لعلاج المدمنين جسدياً ونفسياً واجتماعياً فالمدمنون يوضعون في مستشفى الطب النفسي في جناح خاص .

٦ ـ ضعف الترابط الأسري عند ٧٥٪ من المتعاطين . www.akuwait.net/ghiras.htm

وفي دراسة القشعان والكندري (٢٠٠٣) والتي تناولت مجموعة من المتغيرات التي أثرت في سلوك الأفراد المدمنين ، وطبقت على عينه من المدمنين الكويتيين . وطبقت على عينة بلغت (٢٠١) من الأفراد موزعين على ثلاث شرائح من المدمنين الذكور : الشريحة الأولى تضم (١٥٧) نزيلاً متهمين بتعاطي المخدرات في السجن المركزي لدولة الكويت ، والشريحة

الثانية (٢١) مريضاً يعالج الإدمان في مستشفى الطب النفسي، أما بقية العينة (٨٢) فقد كانت لعينة من المدمنين التائبين الكويتيين، وسؤالهم مباشرة عن أسباب اتجاه الشباب في المجتمع الكويتي لتعاطي المخدرات والمسكرات ظهرت النتائج التالية:

- ما نسبته (٤٥٪) من المدمنين هم دون سن الثلاثين.
- إن بداية الإدمان عادة تبدأ عند سن ٥ , ١٩ سنة.
- ما نسبته (٤ , ٧٥٪) يتعاطون المخدرات يومياً.
- ما نسبته (٧ , ٧٥٪) يرون أن التدخين كان مقدمة لإدمان المخدرات والمسكرات.
- أغلب المتورطين في هذا الأمر من أصحاب الدخول المحدودة.
- يمثل الأقران والأصدقاء واحدة من أهم المتغيرات التي تؤثر في سلوك الإنسان وتحدد مساره.
- غياب الوازع الديني يعتبر مسألة مهمة في سلوك الفرد لطرق غير سوية.
- أظهرت الدراسة الحاجة لوضع استراتيجية تربوية توعوية واضحة المعالم للحد من انتشار هذه المسكرات والمخدرات.

وفي دراسة المشعان وخليفة (٢٠٠٣) حول تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بين طلاب المدارس الثانوية بدولة الكويت والتي طبقت على عينة من طلاب المدارس الثانوية الحكومية يبلغ تعدادها ٤٠٠٧ أفراد ٢ , ٥٤٪ ذكور و ٧ , ٤٥٪ إناث بين سني ١٣-٢٠ سنة من خلال استبيان يتكون من ٦٥ تبدأ وتهدف الدراسة إلى إلقاء الضوء على مدى انتشار تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب على طلاب المدارس الثانوية بدولة الكويت وعلاقة ذلك بعدد من المتغيرات النفسية والاجتماعية ومن أبرز نتائج هذه الدراسة:

- ٦ , ١٥٪ من أفراد العينة تعاطوا الأدوية المهدئة والمنشطة والمنومة بدون إذن طبي و ٧ , ١٤٪ منهم دخنوا السجائر ٧ , ١٢٪ الكحوليات و ٢ , ١٢٪ دخنوا الشيشة ١ , ٢٪ المخدرات الطبيعية مثل الحشيش والأفيون و ٨ , ١٪ تعاطوا مخدرات غير محدده و ٥ , ١٪ تعاطوا هيروين وكل هؤلاء تعاطوا هذه المواد على سبيل التجريب .
- أثبتت الدراسة أن من استمروا بعد مرحلة التجريب أعلاه هم ٧ , ٣٠٪ في حالة الأدوية و ٨ , ٦٣٪ في المخدرات الطبيعية و ٨ , ٣١٪ في الكحوليات .
- المدى العمري لبداية تعاطي هذه المواد المؤثرة ١٥-١٧ سنة
- وجود علاقة سلبية وعكسية بين التعاطي ومستوى تحصيل الطالب
- أثبتت الدراسة وجود اقتران بين تعاطي المواد المؤثرة مثل التدخين والأدوية والمخدرات والكحوليات وبين ارتكاب العديد من الانحرافات السلوكية داخل المدرسة خاصة مثل الغش في الامتحان والشجار مع المدرسين والهروب والسرقة والشجار مع الوالدين (المشعان وخليفة، ٢٠٠٢).

كما أشارت دراسة الصالح وإسماعيل (١٩٩٤) حول بعض المتغيرات في مشكلة الإدمان بدولة الكويت، والتي طبقت على عينة مكونة من ٦٩ حالة من مرضى القسم الداخلي بمستشفى الصحة النفسية بالكويت، وقد بلغ متوسط الأعمار (٢٤) سنة، ويتراوح أعمارهم من ١٨-٣٨ غالبيتهم من العزاب، ومن طلبة المرحلة الإعدادية، ولهم تاريخ أسري سلبي، كما أن غالبيتهم يقيمون في بيوت ذوي الدخل المحدود. وقد جاء ترتيب المواد الإدمانية الأكثر شيوعاً لدى العينة (الكحول، المخدرات، الاستنشاق).

وعن العود للإدمان توصلت الدراسة إلى أنه تتفاوت عدد مرات دخول المستشفى من مرة واحدة إلى أكثر من إحدى عشرة مرة بمتوسط حسابي قدره (٦٧ , ٤٪)، وأن (١٦ , ٥٩٪) من مجموع المرضى قد دخلوا المستشفى ثلاث مرات فأكثر، وأن (٧٤ , ٤٠٪) دخلوا المستشفى مرة واحدة أو مرتين .

كما أشارت دراسة المرزوقي وآخرون (١٩٩٥) عن ظاهرة إدمان المخدرات في مجتمع الإمارات العربية المتحدة، والتي طبقت على عينة بلغت (٦١٪) مدمناً، و(١٠٨) من غير المدمنين . ومن أهم نتائج هذه الدراسة :

١ ـ أن (٦٠٪) من المدمنين يبلغ متوسط أعمارهم (٢٧) سنة، وما نسبته (٣٧٪) متزوجون .

٢ ـ يعد الحشيش أول مخدر يتعاطاه المدمن بما نسبته (٦٩٪) .

٣ ـ أكثر المخدرات إدماناً هي الحشيش (٤١٪) ثم الهيروين (٢٨٪) .

٤ ـ أكثر من ثلث المدمنين يعانون من اختلالات نفسية .

٥ ـ ما نسبته (٧٧٪) من المتعاطين كانوا بصحبة أصدقاء ولديهم أصدقاء يتعاطون المخدرات .

كما توصلت الدراسة إلى أنه من العوامل المهمة لإدمان المخدرات :

١ ـ تدني مستوى تعليم المدمن والأبوين والأصدقاء .

٢ ـ تفكك الأسرة بسبب وفاة الأب .

٣ ـ المفهوم السلبي للذات .

٤ ـ فقدان صديق عزيز .

٥ ـ أن يكون الأب متسلطاً .

٦ ـ تدخين التبغ في سن مبكرة .

٧ ـ الإحساس بالفراغ والملل .

٨ ـ تعاطي الصديق للمخدرات .

٩ ـ سهولة الحصول على المخدرات .

١٠ ـ القدرة المالية على توفير المخدرات .

١١ ـ كثرة أسفار المراهقين .

كما توصلت دراسة الحمادي (١٩٩٣) والتي طبقت على عينة بلغت (١٣) مدمناً في دولة الإمارات العربية المتحدة إلى أن الهيروين أكثر المواد الإدمانيه تعاطياً بما نسبته (٣, ٩٢٪)، ثم الحشيش (٥, ٦١٪)، ثم العقاقير المصنعة (٨, ٥٣٪). وعن أسباب العود للإدمان أشارت الدراسة إلى أن أسباب عودة المدمن للإدمان، هي :

١ ـ الاضطهاد من الأهل .

٢ ـ وجود بعض الأصدقاء الذين يتعاطون .

٣ ـ لعلاج أمراض في الجسم .

٤ ـ عدم الحصول على وظيفة والظروف المادية الصعبة .

٥ ـ رؤيته لأصدقائه وجلوسه معهم عند تعاطيهم .

٦ ـ رؤيته للمادة تجبره على استعمالها في الحال .

كما أجاب ما نسبته (٦٦, ٢٪) من العينة أن المستشفى العلاجي يشكل نقطة انطلاقة للعود للإدمان نتيجة للاتصال والتعارف لذي يوفره لهم .

وكشفت دراسة الكندي (١٩٩١) التي تناولت متعاطي الكحول في سلطنة عمان والتي هدفت للتعرف على خصائص متعاطي الكحول، طبقت

على عينة بلغت (١١٦٦) ممن ألقي القبض عليهم بتهم تعاطي الكحول، ووجدت الدراسة أن غالبية متعاطي الكحول هم من الذكور باستثناء أنثى واحدة، وتتراوح أعمارهم ما بين ٢٥ـ ٣٠ سنة، وغالبيتهم من غير المتزوجين.

وفي دراسة الكردي وآخرون (١٩٩٠) حول مشكلة تعاطي المخدرات في قطر، التي طبقت على عينة بلغت (١٢٣) فرداً غالبيتهم من الشباب الموقوفين على ذمة التحقيق في قضايا المخدرات، وقد توصلت الدراسة إلى أن ما نسبته (٨٣٪) من المتعاطين كانوا قد حصلوا على المخدر لأول مرة عن طريق الأصدقاء الذين كانوا يقدمونها لهم للتجربة أو المجاملة، وما نسبته (٥٥٪) من العينة كانوا مرتبطين بأصدقاء من المتعاطين قبل معرفتهم المخدر لأول مرة وتعاطيهم له. كما توصلت الدراسة إلى أن ما نسبته (٦١٪) من المتعاطين يقابلون أصدقاءهم يومياً أو أكثر، وأن ما نسبته (٤٤٪) يقضون أوقات فراغهم مع الأصدقاء في تعاطي المخدرات، كما أجاب ما نسبته (٧٦٪) من المتعاطين أن أهداف لقاءهم بالأصدقاء كانت من أجل تعاطي المخدرات مع بعضهم البعض، بينما كان ما نسبته (٢٤٪) يرون أن لقاءاتهم بأصدقائهم كانت من أجل التعرف على المعلومات المتعلقة بالاتجار بالمخدرات أو تعاطيها أو بهدف الترويج والبيع والشراء للمخدرات.

كما أشارت دراسة درباس والحداد (٢٠٠١) التي طبقت على عينة بلغت (٤٠) من مدمني الهيروين في مملكة البحرين تلقوا العلاج في وحدة تأهيل مدمني المخدرات والكحول، وكان متوسط أعمارهم (٣٢) سنة، وغالبيتهم من العزاب، والعاطلين عن العمل، ومن أصحاب المؤهلات الثانوية فما دون. وقد توصلت الدراسة إلى أن من أهم العوامل المؤثرة في عودتهم للإدمان:

١ ـ التلميحات المتعلقة بالمخدرات .

٢ ـ عدم وجود برامج معالجة المدمنين وبخاصة الرعاية اللاحقة .

٣ ـ الحالة الانفعالية السلبية .

٦ . ٢ . ٣ دراسات في الأردن وسوريا ولبنان

أشارت دراسة النابلسي (٢٠٠١) عن تصنيف المدمنين في لبنان، إلى أنه جرت العادة على تصنيف المدمنين وفق مواد إدمانهم والكميات التي يستهلكونها من هذه المواد. لكن عودة إلى أصول الظاهرة تمكننا من طرح تصنيف يستند إلى ظروف التعاطي للمرة الأولى. حيث نلاحظ أول ما نلاحظ أن الإدمان يستقر تدريجيا« بدءا» بمواد أقل خطورة (مهدئات، كحول، حشيش. . . الخ) وصولا إلى المواد الأخطر والى المزج بينها في بعض الأحيان. لكن هذا التدرج في التعاطي كاد ينعدم خلال فترة الحرب الأهلية اللبنانية. حيث يمكن تصنيف بدايات التعاطي على النحو التالي:

١ ـ الانسياق وراء الشباب المحارب في التعاطي: حيث كانت بعض الميليشيات تعتبر أن تحويل أعضائها إلى مدمنين من شأنه أن يرسخ ولاءهم. ويجعلهم أكثر استعدادا» لتقبل الأوامر وأقل قدرة على نقد الزعامات. لذلك كان سوق الوافدين إلى هذه الميليشيات نحو التعاطي خطوة من خطوات إعدادهم.

٢ ـ التعاطي القسري: مارست بعض الميليشيات أسلوب الإجبار على تعاطي الهيروين على معتقليها ومعارضيها. وذلك قبيل إطلاق سراحهم.

٣ ـ التعاطي الجاهل : بينت التحقيقات أن غالبية منفذي العمليات السوداء (مجازر، سيارات مفخخة،) كانوا ينفذونها وهم تحت تأثير المخدر . كما بينت التحقيقات أنهم يجهلون نوع المخدر المعطى لهم لاكتساب القدرة على تنفيذ هذه العمليات .

٤ ـ التعذيب بالتعاطي : كان بعض المعتقلين يتعرضون لتجربة الإجبار على الإدمان ليتحول تعذيبهم من الأشكال التقليدية إلى تعذيب بالحرمان من مواد الإدمان .

٥ ـ الإغواء عن طريق التعاطي : حيث تستدرج الفتيات إلى تجربة التعاطي لتحويلهن لاحقا إلى مواضيع جنسية تابعة .

٦ ـ الأشكال التقليدية لبدايات التعاطي .

كما أشارت دراسة المرزوقي وآخرون (١٩٩٦) والتي سعت للتعرف على ظاهرة إدمان المخدرات في بعض أنحاء لبنان، وطبقت على عينة مكونة من ٥٧ مدمناً ممن اجتازوا مرحلة إزالة السموم في عيادات ومستشفيات متخصصة ثم أتوا إلى مراكز تأهيل المدمنين التابعة لمجمع أم النور في لبنان، وعلى عينة أخرى تكونت من (١٠٠) من الشباب الذكور الذين لم يتعاطوا المخدرات على الإطلاق، وقد هدفت الدراسة إلى تحديد الخصائص النفسية والاجتماعية لمدمني المخدرات في لبنان، وتحديد الفروق الأصيلة بين المدمنين وغير المدمنين. وقد توصلت الدراسة إلى أن المدمنين في لبنان أكثر تعلماً من غير المدمنين وأن الأحوال الاجتماعية لدى المدمنين أكثر اضطراباً من غير المدمنين، وأن مادة التعاطي لأول مرة هي الحشيش، بينما مادة التعاطي الأكثر شيوعاً هي الهيروين، وأن غالبية المدمنين هم من العزاب، وبدؤوا التعاطي في سن مبكرة، وغالبيتهم من مواليد وسكان المدن، وأن كثيراً منهم فاقد لأحد الأبوين، وأنهم غالباً ما يتعاطون المواد الإدمانية وهم

في حالات انفراد، رغم أن بداية التعاطي تكون مع أصدقاء، كما أن المدمنين يعيشون أحوالاً اقتصادية أفضل من غير المدمنين، كما نلحظ تأثير تعاطي التدخين والكحول عليهم إذا توصلت الدراسة إلى أن غالبية المدمنين وأصدقاءهم وزوجاتهم يدخنون التبغ ويتعاطون الكحول في سن مبكرة .

كما توصلت دراسة السعد (١٩٩٦) والتي طبقت على جميع نزلاء مؤسسات الإصلاح والتأهيل بالمملكة الأردنية، حيث طبقت على عينة بلغت ١٥٣ من المتعاطين، ومن أهم نتائج هذه الدراسة فيما يتعلق بأسباب التعاطي، أجاب ما نسبته (٢٦,٣) أن مجاراة الأصدقاء تأتي في المرتبة الأولى، وما نسبته (٣٥,٥) من العينة عرفوا التعاطي في سن مبكرة ولأول مرة عن طريق الأصدقاء، وأن ما نسبته (١٣,٩٪) عرفوا المخدر لأول مرة عن طريق رفاق العمل، وأن ما نسبته (٢٥,٩٪) من العينة كان مصدر المخدر من الأصدقاء وبلا مقابل، وأن ما نسبته (٢٠,٧) كانوا يتعاطون المخدر في منازل الأصدقاء .

وتناولت دراسة عبدالرحيم ومسلم (١٩٩٦) مشكلة المخدرات في سوريا، والتي هدفت للتعرف على أسباب المخدرات في المجتمع السوري ومدى انتشارها. وطبقت على عينة بلغت (٤٥٨) متعاطياً للمخدرات، وقد توصلت الدراسة إلى أن ما نسبته (٦٠٪) من المتعاطين هم أقل من (٣٠) سنة، وما نسبته (٩٨,٩٪) من الذكور، ومن الفئات المهنية والتعليمية المتدنية، وأن أكثر المواد الإدمانية انتشارا هي الهيروين (٤٣,٥٪)، ثم الحشيش (٣٣,٨٪). ومن أهم أسباب التعاطي كما يرون، مجاراة الأصدقاء (٣٣,٨٪)، نسيان المشاكل (٢٢,٥٪)، الرغبة في التقليد (١١,٤٪)، الإشباع الجنسي (٨,٧٪)، تخفيف الألم (٧,٦٪). كما أجاب ما نسبته (٦٤,٠٪) ممن يتعاطون المخدرات يومياً، كما أجاب ما

نسبته (٤٠,٤٪) أن المشكلات الأسرية هي أهم المشكلات التي دفعتهم للإدمان .

٦ . ٢ . ٤ دراسات في الجزائر ـ ليبيا والمغرب

ومنها دراسة ساس سفيان (٢٠٠٤) حول انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات في المجتمع الجزائري .

حيث جاء واقع المخدرات في الجزائر يشير إلى أن المخدرات تتقدم بسرعة مذهلة حتى إنها انتشرت بين الذكور والإناث من مختلف الأعمار والمستويات والكارثة أنها تمس فئة الشباب، الفئة الأكثر حيوية في المجتمع حيث أن متوسط أعمار المتورطين يتراوح بين ١٩ و٥٣ سنة وبنسبة ٨١٪ من المتورطين إجمالا ، وأن هناك رواجاً كبيراً للحشيش أو الكيف وهو يضبط بالأطنان ففي عام ٢٠٠٢ تم ضبط ٦ أطنان ليرتفع إلى ما يفوق ٨ أطنان من القنب عام ٢٠٠٣ بنسبة زيادة وصلت إلى ٣٢٪ . أما الأنواع الأخرى مثل الكوكايين والهيروين فهي تضبط بكميات محدودة لا تتجاوز بعض الكيلو غرامات لخطورتها وغلائها ولا يمكن أن تجد لها سوقا في الجزائر . كما سجلت على المستوى الوطني عام ٢٠٠٢ (٤٢٢٧ قضية) معالجة مرتبطة بجرائم المخدرات وفي عام ٢٠٠٣ سجلت ٥١٦١ قضية ونسبة الزيادة هنا ٢٢,١٪ .

وقد كشف تقرير ميداني للمؤسسة الوطنية لترقية الصحة وتطوير البحث العلمي في الجزائر أن الظاهرة لم تعد تختص بفئة الذكور فقط بل تعدتهم إلى الإناث خاصة في الأوساط الجامعية فـ١٣ ٪ من الطالبات يتعاطين المخدرات وفي دراسة ميدانية أجرتها طبقت على ١١١٠ من الطالبات المقيمات في الأحياء الجامعية بالعاصمة تأكد أن ٢٢ ٪ ممن شملتهن

الدراسة يتناولن المخدرات يوميا وبصورة منتظمة، وأن ٣٩ ٪ منهن يفعلن ذلك داخل الإقامة فيما ذكرت أن ٥٦ ٪ يتناولن المخدرات بصفة فردية ، بينما نسبة الطالبات اللائى لا يعرفن الكثير عن المخدرات في الوسط الجامعي وكذا الإدمان بـ ٢٠ ٪ ويأتي الحشيش على رأس أنواع المخدرات المنتشرة بين الطالبات بنسبة ٦٨ ٪ وتليه الأقراص أو المؤثرات العقلية مثل الفاليوم وأرتان بنسبة ١٧ ٪ . وأن ٤٨ ٪ من طلاب المدارس الثانوية بالعاصمة الجزائرية يتعاطون أنواعا مختلفة من المخدرات . وأكد عدد كبير من الطلاب أنهم يتناولون المخدرات داخل مؤسسات التعليم . وشمل التحقيق ١٥٤٤ طالبا أكثر من نصفهم إناث، ينتمون إلى عشرين مدرسة ثانوية . واتضح أن ٨٦ ٪ من العينة تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٢٠ سنة وأن ٦٢ ٪ منهم ينتمون إلى الطبقة المتوسطة . واعترف ٥١ ٪ ممن يتعاطون المخدرات أنهم يقومون بذلك بانتظام ويتناولونها داخل مؤسساتهم التعليمية . وحسب نفس التقرير فإن ٥٨ ٪ يقرون بأن واحدا على الأقل من أفراد عائلاتهم يتعاطى نوعا من المخدرات .

كما كشفت دراسة جزائرية أعدتها الجمعية الجزائرية لترقية الصحة وتطوير البحث أن ١٣ ٪ من طلبة الجامعة يتعاطون المخدرات . وأن أسباب ذلك أن هناك مشاكل يعاني منها الطلبة في الأحياء الجامعية، خاصة الطالبات، ووجد ما بين ٨ ٪ إلى ١٠٪ لديهم مشاكل عائلية، وأن ٨٠ ٪ منهم لم يسبق لهم الزواج، وتتراوح أعمارهم بين ١٨ و٣٣ سنة، وليست لهم حرية اقتصادية، إلى جانب أسباب أخرى، منها عدم وجود مراكز ترفيه، يصرف الشباب طاقاتهم بها) .

وفي المملكة المغربية أشارت دراسة السايسي (٢٠٠٤) إلى أنه نجد أن ٢٠٪ من الطلبة في الوسط الجامعي سبق لهم أن استعملوا المخدرات، ٣٪ إلى ٥٪ منهم بصفة دائمة، وفي الوسط الإعدادي والثانوي ١٠٪ من التلاميذ استعملوا المخدرات ٢٪ من بينهم بصفة دائمة. وحسب بحث علمي قامت به جمعية نسيم للوقاية من المخدرات بالمركز الجامعي للطب النفسي ابن رشد بالدار البيضاء فإن مجموع السكان بالدار البيضاء الذين يتعاطون الحشيش يصل إلى ٣,٢٪ و ٤٪ طلبة جامعيين يتعاطون للمخدرات».

وكشفت دراسة بكاره (١٩٩٤) عن بعض المؤشرات حول وضع إدمان المخدرات في الجماهيرية الليبية، حيث أشار إلى أنه قد شهدت بداية التسعينيات ارتفاع معدلات إدمان المخدرات ممن صنفوا مجرمين، حيث وجد أنه ارتفعت من (٤٣٢) عام ١٩٨٩م حتى (٤٦٩) عام ١٩٩٠م، ثم (٧١٦) عام ١٩٩١م، ووصلت عام ١٩٩٢م(٧٥٠) وهذه فقط خاصة بالمخدرات ممن تم قيدها كقضايا أو جرائم فقط، وفي عام ١٩٩٢م بلغت نسبة التعاطي (٤٢,٧)، بينما بلغت نسبة الاتجار (٤٨٪)، بينما بقية النسبة وقدرها (١٠٪) كانت جلب المخدرات، في حين لم تتجاوز نسبة الزراعة (٠,٣٪). مما يؤكد أن ظاهرة المخدرات حديثة المنشأ في المجتمع الليبي، إلا أن ارتفاع نسبة التجارة في المخدرات قد يعطي مؤشراً على اعتبار المجتمع الليبي مجتمعاً لمرور المخدرات. وعن أعمار المتورطين في قضايا المخدرات، نجد أن ما نسبته (٦٩٪) من الشباب ما بين سن العشرين وحتى الثلاثين، بينما كانت نسبة ممن هم دون الثامنة عشرة (١,٤٪).

٦ . ٢ . ٥ دراسات في جمهورية مصر العربية

تعد دراسة سويف (١٩٨٤) التي تبناها المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية من أشمل الدراسات التي طبقت على الشباب المصري، حيث أجري استبيان شبه مقنن على عينة بلغت ٦٩٦ حالة من المراكز العلاجية وأيضا من المقاهي والمدارس والمارة من الشوارع . . الخ وكانوا من خمس محافظات مصرية: القاهرة ١٧٧، الغربية ١٤٤، الإسماعيلية ١٤٠، قنا ١٢٥، جنوب سيناء ١١٠ . وبالرغم من الاختلاف الملحوظ بين هذه المحافظات فإن الملمح العام المشترك هو انتشار سوء استعمال البانجو وهو عشب من نبات القنّب (الحشيش) وكذلك تناول المشروبات الكحولية . وقد تبين أن سوء استعمال المواد النفسية المنشطة والحقن بالهيروين نمط أكثر شيوعا في المدن الرئيسة الكبرى . وأفصح ١٧٪ من العينة أن أسلوب الحقن هو الطريق الرئيسي لاستعمال المخدرات . وهناك ٣٣٪ اشتركوا في استعمال أدوات الحقن مع أصدقاء، و١٣٪ مع غرباء . وذكر ما يقرب من ثلثي الذين يتعاطون المخدر بالحقن أنهم يستخدمون حقناً معقمة حتى عند إعادة الاستعمال، وهناك ١٦٪ لا يعقمون أدوات الحقن . وأتضح أن ٣٠٪ من العينة على دراية تامة بطرق انتقال مرض الإيدز، أما فيروس (C) فالدراية أقل . وقد أكد تحليل بيانات نتائج البحث القومي للإدمان بهشاشة الفئة العمرية من ١٥ ـ ٢٠ للانغماس في دائرة التعاطي . وكانت مجاملة الأصدقاء وحب الاستطلاع والعودة إلى مجالسة المتعاطين وقبول المادة المخدرة كهدية، من أهم المبررات لأول تجربة للتعاطي .

كما كشفت دراسة أبو شهبة (١٩٩٠) التي طبقت على عينة بلغت (٩٠) مبحوثاً، منهم ٣٠ منتكساً لإدمان الهيروين، و(٣٠) مدمناً غير منتكس، و(٣٠) شخصاً من غير المدمنين. وقد هدفت الدراسة لقياس العلاقة بين بعض المتغيرات النفسية والاجتماعية وانتكاس الإدمان. ومن أهم ما توصلت إليه الدراسة، اختلاف أسباب التعاطي لمدمن الهيروين لأول مرة عن أسباب الانتكاسة، حيث كان من أسباب تعاطي الهيروين في المرة الأولى، حسب الاستطلاع، الرغبة في التجريب، مجاراة الأصدقاء، قتل الفراغ، انفصال الوالدين، قسوة الوالدين أو أحدهما. بينما كانت أسباب الانتكاسة لدى مدمن الهيروين، ضعف الإرادة، القابلية للاستهواء، التخفف من القلق النفسي الذي يحدث بعد العلاج، الرجوع للصحبة السيئة. كما أبرزت الدراسة أن هناك علاقة بين انتكاس مدمن الهيروين والمحيط الأسري.

كما قدمت دراسة جمعة (١٩٩٥) وصفاً لبعض الأوضاع الاجتماعية لعينة من المدمنين على المخدرات الطبيعية من طلاب الجامعات المصرية الذكور، والتي بلغت (١٢٧٩٧)، حيث كان من بينهم (٤, ٩٪) من العينة يتعاطون المخدرات الطبيعية، و(٥٨, ٩١٪) يتعاطون الحشيش لوحده، و(٦٩, ٠٪) من متعاطي الأفيون، ويتوزع الباقون (٨, ٣٣٪) بين مواد أخرى. وكان منهم (٤٢, ٨١٪) توقفوا عن التعاطي، بينما (٨٧, ١٤٪) كانوا مستمرين رغم توقفهم فترات، كما أجاب ما نسبته (١٦, ٨١٪) من المتعاطين يرونها ضارة بينما (٠٦, ٤٪) يرونها مفيدة. كما أجاب ما نسبته (١٦, ٥١٪) أن التعاطي أثر عليهم أسرياً وزاد من الشجار بينهم ووالديهم. كما أجاب (٤٢, ٢٢) بان المخدرات كانت سبباً في تركهم لمنزلهم والبعد الدائم من الأهل.

وفي دراسة العشماوي (١٩٩٤) حول الجوانب الاجتماعية لظاهرة الإدمان ، والتي طبقت على عينة من (٩٧) مدمناً من أندية الدفاع الاجتماعي وبعض المصحات لعلاج الإدمان . وقد توصلت الدراسة إلى أن أسباب تعاطي المخدرات في البداية ، هي : مجارات الأصدقاء ، الرغبة في تناسي الهموم والمشاكل ، القدرة على تحمل متاعب العمل ، تقوية الجنس ، الرغبة في الانبساط والترويح عن ا لنفس ، التجريب للعلم بالشيء . كما جاء ترتيب المواد الإدمانية لدى العينة هي (المغيبات ، المنومات ، المنشطات) . كما جاء من نتائج الدراسة إلى أنه تميل نسبة كبيرة من المدمنين إلى المزاوجة بين تعاطي العقاقير وأنواع المخدرات الأخرى ، ويأتي الحشيش والأفيون في مقدمة المخدرات ، ثم الهيروين ، ثم الكوكائين ، وذلك للحصول على خاصية التحمل أو الإطالة والتي بمقتضاها يميل المتعاطي إلى زيادة الجرعات فترة بعد أخرى لانعدام تأثير الجرعات السابقة على الجنس ، فيضطر إلى المزاوجة خوفاً من آلام الانسحاب الجسمية والنفسية المبرحة .

وعن العود للإدمان أشارت الدراسة إلى تكرار محاولات الإقلاع عن التعاطي أكثر من ثلاث مرات لدى عينة الدراسة كأعلى نسبة (٦ , ٣٩٪) يلي ذلك من حاول مرتين بنسبة (٧ , ٢٢٪) ، ثم من حاول ثلاث مرات بنسبة (٨ , ٢٠٪) . وجاءت أسباب العود للإدمان :

١ ـ وجود الأصدقاء الذين شجعوا المتعاطي على العود .
٢ ـ ضعف القدرة على العمل .
٣ ـ استمرار المشاكل وملاحقتها له على طول الوقت .
٤ ـ عدم وجود ما يشجع على الانقطاع .
٥ ـ عدم قدرة المتعاطي على تحمل آلام الانسحاب الجسمية أو الجسدية .
٦ ـ ضعف العزيمة .

كما توصلت الدراسة إلى أن ما نسبته (٧, ٥٢٪) حاولوا العلاج من قبل، وأن (٤٣٪) من هؤلاء جاء بمفردة لطلب العلاج. ومن أسباب فشل العلاج مرتبة حسب أهميتها:

١ ـ عدم الاهتمام بالظروف الأسرية والعائلية للمتعاطي.

٢ ـ عدم القدرة على الاستغناء عن المخدر.

٣ ـ ملاحقة الأعمال المهنية أو الوظيفية واعتبار المخدر وسيلة للتعامل معها.

٤ ـ عدم تكملة كل أنواع العلاج.

٥ ـ عدم كفاءة العلاج.

٦ ـ عدم اهتمام المسئولين عن العلاج.

٧ ـ عدم توافر العلاج الجيد.

٨ ـ بعد مكان العلاج عن محل الإقامة.

وفي دراسة مشتركة بين المجلس القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية والمجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي والتي قام بها عبدالجواد وآخرون (٢٠٠٠) والتي جاءت تحت عنوان المسح الشامل لظاهرة تعاطي وإدمان المخدرات. توصلت هذه الدراسة أن عدد المعالجين من الإدمان والمترددين على أقسام ومراكز علاج الإدمان لا يمثل الحجم الحقيقي للظاهرة، وينتشر الإدمان بين من يقعون ما بين ٢٠ـ٤٠ سنة، وأغلبهم من غير المتزوجين وذوي الفئات التعليمية المتنوعة، كما أن غالبية المدمنين ينتمون إلى أسر تسود فيها الأمية بشكل كبير، كما توصلت الدراسة إلى أن الحشيش هو أكثر المواد الإدمانية انتشاراً بين الفئات، كما اتضح من الدراسة أن الفراغ يمثل عاملاً مهما للتعاطي والإدمان، وأن الأفكار والمعتقدات التي يعتنقها

أفراد العينة حول فوائد المخدرات تمثل دافعاً للانخراط في عالم الإدمان موهمين أنفسهم بالتأثير الإيجابي والفعال للمخدرات لهروب الإنسان من الواقع المؤلم ومنحه الشعور بالسعادة والانبساط ، كما توصلت الدراسة إلى أن التعاطي في سن مبكرة يبدأ مع الأصدقاء، وأن الأصدقاء هم مصدر المعلومة الأولى عن المخدرات بالنسبة للمبحوثين. كما جاء من مقترحات المبحوثين للحد من العود للإدمان التعامل مع المتعاطي والمدمن كمريض والاهتمام بدور وسائل الإعلام في مواجهة هذه الظاهرة ، وتفعيل واجبات المؤسسات التربوية.

كما توصلت دراسة السيد (٢٠٠٤) والتي طبقت على عينة من المدمنين بلغت (٥٢) مدمناً و عينة من (٣٢) من العائدين متوسط أعمارهم ما بين ٣٠-٣٢سنة. وقد هدفت الدراسة للتعرف على مدى انتشار الأمراض النفسية لدى المدمنين بالمقارنة مع غيرهم. وقد توصلت الدراسة إلى وجود أمراض نفسية لدى المدمنين بصورة أكثر من غير المدمنين، ويرجع ذلك إلى أن الإدمان كان سبباً في وجود اضطراب أو أن المدمن كان يعاني من اضطراب نفسي، وقد لجأ إلى الإدمان للتخفيف من المعاناة النفسية أو ما يسمى بالتطبيب الذاتي.

وفي دراسة أبو العزم (٢٠٠٤) التي هدفت للتعرف على المتغيرات النفسية والاجتماعية التي تدفع الشباب للدخول في دائرة الإدمان، وكذلك التعرف على المخدرات الأكثر شيوعاً بين الشباب المصري، توصلت الدراسة إلى أن أكثر المراحل العمرية تعرضاً للإدمان هي مرحلتا المراهقة والشباب، وأن الجنس الأكثر تعرضاً للإدمان هم الذكور، وان هناك عوامل أسرية تلعب دوراً في دفع الابن إلى الدخول في دائرة الإدمان ومنها: انخفاض مستوى تعليم الأب والأم، كثرة عدد الأبناء، عدم الإقامة مع الوالدين

كالطلاق أو وفاة أحدهما، سوء المسكن من حيث المستوى والحي والحجم. كما جاء البانجو أكثر المواد الإدمانية انتشاراً بين الشباب المصري.

٦ . ٣ التعليق على الدراسات السابقة

كشفت لنا الدراسات السابقة عن مجموعة من المعطيات البحثية التي لا شك أن أي خطة وقائية علاجية يجب أن ترتكز عليها، ومن تلك المعطيات:

٦ .٣ .١ سمات وخصائص العائدين للإدمان

١ ـ سن المدمنين

معظم الدراسات تدل على أن المخدرات تنتشر بين الشباب أو من تقل أعمارهم عن أربعين سنة وتقدر نسبة من يتعاطى المخدرات فيمن يقل سنهم عن ٢٥ سنة إلى ٥٠٪ من نسبة هذه المجموعة.

٢ ـ جنس المدمنين

تنتشر المخدرات بين الذكور أكثر من الإناث. ويرجع انتشار المخدرات بين الذكور أكثر من الإناث إلى الحماية النفسية لدى الإناث وقلة تعرضهم للأزمات أو الضغوط بعكس الذكور.

٣ ـ الحالة المهنية والتعليمية للمدمنين

أكدت معظم الدراسات أن المدمنين ممن لديهم مشكلات دراسية ومن يصنفون بالتعليم المتوسط المتدني بشكل عام وأن الحشيش منتشر بين الأميين ونسبة قليلة من المتعلمين وينتشر الإدمان بين معظم الفئات الاجتماعية وأن

معظم مدمني الهيروين من الشباب خاصة العاطلين (بدون عمل) .

٤ ـ الحالة الأسرية

تعتبر الأسرة التي تفشل في توفير الحاجات الأساسية لأبنائها مثل الطعام والعادات الاجتماعية وتكوين علاقات مع الآخرين وإشباع حاجاتهم الانفعالية ؛ سبباً في انحراف أفرادها ووصولهم إلى الإدمان ويظهر انتشار الإدمان في الأسر المفككة وقد يلجأ الطفل أو المراهق إلى الإدمان للأسباب الآتية :

أ ـ صراعات خاصة بالرغبة في الاتكالية (تذبذب الأم في العطف والنبذ للطفل ـ تهرب الأم من المشاكل الأسرية ـ تنافر الوالدين) .

ب ـ عدم القدرة على إدراك دوره في المجتمع (نبذ الوالدين للطفل ـ تهرب الأب من المسؤولية ـ انعدام المراقبة على الطفل ـ ضعف الضوابط على سلوك الطفل) .

٥ ـ المواد الإدمانية

كشفت الدراسات أن الحشيش يعد أكثر المواد الإدمانية انتشارا في العالم العربي ، وفي المرتبة الثانية الهيروين . كما كشفت الدراسات إلى إن التدخين يعد البوابة الرئيسة لدخول الإدمان .

٦ . ٦ . ٢ العوامل المؤثرة في الإدمان

كشفت الدراسات السابقة أن هناك عدداً من العوامل المؤثرة في حدوث الإدمان ، ومنها :

١ ـ عوامل ذاتية

أ ـ الإدمان كسلوك انتقاص لتحطيم الذات .

ب ـ الهروب من الواقع المؤلم .

جـ ـ الأمراض العقلية .

د ـ المشاعر السلبية .

هـ ـ الأمراض النفسية .

و ـ الدافع الجنسي .

٢ ـ عوامل بيئية

أ ـ الأسرة (المشكلات الأسرية) .

ب ـ أصدقاء السوء .

جـ ـ حب الاستطلاع أو المغامرة .

د ـ التمرد على المجتمع .

هـ ـ نقص التوجه الديني .

٣ ـ عوامل اقتصادية

أ ـ وسائل الترفيه .

ب ـ تعارض الطموح والآمال .

جـ ـ ظروف العمل .

وبالتالي فإن هذه الدراسة جاءت لتكمل ما توصلت إليه عدد من الدراسات السابقة . إلا أن دراستنا كما سبق أن أشرنا في الفصل الأولى عند الحديث عن أهمية الدراسة ، إذ أنها تمثل دراسة شاملة لظاهرة على

مستوى العالم العربي، بينما لاحظنا أن معظم الدراسات السابقة تناولت الظاهرة في حدودها الإقليمية، كما أن الدراسات التي تناولت ظاهرة الإدمان على نطاق العالم العربي لم تناقش ظاهرة العود للإدمان، فمثلاً ركزت دراسة أبو عمة (١٩٩٨) على دراسة ظاهرة الاستعمال غير المشروع للمخدرات في بعض الدول العربية، بينما دراسة السيد (١٩٩٧)، تناولت ظاهرة المخدرات في العالم العربي على عينة من المدمنين في بعض الدول العربية. كما تختلف دراستنا عن هاتين الدراستين في أنها ركزت على اخذ آراء عينة من مسئولي المؤسسات العلاجية حول الظاهرة المراد دراستها، وهي ظاهرة العود للإدمان، خاصة وأنهم أكثر التصاقا ومعايشة لمثل هذه الظاهرة باعتبارهم مسئولين عن الجوانب العلاجية والوقائية من الإدمان، بينما دراسة أبو عمة والسيد كانت عينتها من المدمنين أنفسهم، وعادة قد تكون رؤيتهم لظاهرة الإدمان معبرة عن آراء ذاتية اسقاطية تسهم في إلقاء الضوء بدقة على عوامل وأسباب الإدمان والعود إليه.

كما لوحظ قلة الدراسات التي تناولت العود للإدمان بشكل مستقل، فمن الدراسات التي تناولت العود للإدمان بشكل مستقل، دراسة Abdulaziz (١٩٩٢)، دراسة العتيبي (١٩٩٩)، دراسة غويدي (١٩٩٨)، دراسة Al -Nahedh (١٩٩٩)، دراسة الريس (١٩٩٥)، وكلها دراسات سعودية طبقت على عينة من المدمنين، ورغم استفادة الباحث من نتائج تلك الدراسات إلا أن مثل هذه الدراسات قد تكون أشمل من تلك الدراسات في حدودها المكانية. واستفاد الباحث استفادة كبيرة من مثل تلك الدراسات، حيث أعطت صورة واضحة عن ظاهرة العود للإدمان في المجتمع السعودي كنموذج لبقية المجتمعات العربية، بحيث عززت ما

توصلت إليه هذه الدراسة من نتائج . أما بقية الدراسات العربية فقد كان عامل العود للإدمان، إحدى المتغيرات التي تناولتها تلك الدراسات، إذ لم يتمكن الباحث من الاطلاع على دراسات تناولت ظاهرة العود للإدمان في الدول العربية، إلا أن الباحث استفاد من تلك الدراسات في التعرف على واقع الإدمان في الدول العربية، ومقارنة تلك الدراسات وما توصلت إليه من نتائج تطبيقية بما أمكن التوصل إليه، خاصة فيما يتعلق بالخصائص الديموغرافية للمدمنين مقارنتها بالعائدين، وأنواع المواد الإدمانية بشكل عام، ومقارنتها بالمواد التي يكون العود لها أكثر من غيرها، هذا بالإضافة إلى أن معظم تلك الدراسات تناولت العوامل المؤثرة في الإدمان، بينما في هذه الدراسة كان التركيز على العوامل المؤثرة في العود للإدمان، وطبيعة ظروف العود للإدمان، والاستفادة من تلك الدراسات في معرفة الاختلاف بين العوامل المسببة للإدمان، والعوامل المسببة للعود للإدمان.

وتبقى الدراسات العلمية سلسلة متصلة كمل بعضها بعضا، وتستفيد من بعضها بشكل يثري الجانب العلمي، ويزيد من إمكانية التطبيق العملي لما تخرج به من توصيات ومقترحات، لذلك الباحث يؤكد أنه استفاد أيما استفادة من مجمل ما عرضه من دراسات سابقة في الإلمام بجوانب ظاهرة الإدمان بشكل عام في العالم العربي، ولعل شمول الدراسة للعالم العربي، زاد من مهمة البحث في ضرورة التعرف على واقع الظاهرة في معظم دول العالم العربي، لذلك قد يلحظ كثرة الدراسات السابقة في مثل هذه الدراسة، والمبرر لذلك هو كبر حجم مجتمع الدراسة والذي يشمل مختلف المؤسسات العلاجية المتخصصة في علاج الإدمان في الدول العربية كافة.

الفصل السابع

نتائج الدراسة الاستطلاعية

٧ . نتائج الدراسة الاستطلاعية

قام الباحث بإجراء دراسة ميدانية استطلاعية على عينة من المؤسسات العلاجية في ثماني دول عربية فقط من (٢٢) دولة تلقى مركز الدراسات والبحوث بجامعة نايف العربية للعلوم الأمنية تجاوباً منها .

ومن أهم البيانات الخاصة بتلك المؤسسات ما يلي :

الجدول رقم (١) المؤسسات العلاجية عينة الدراسة

م	الدولـــــة	المؤسســة	جهة الارتباط
١	المملكة العربية السعودية	مستشفى الأمل بالرياض	وزارة الصحة
٢		مستشفى الطب النفسي بالقصيم	
٣		مستشفى الأمل بالدمام	
٤		مستشفى الأمل بجده	
٥	الجمهورية العربية السورية	المرصد الوطني لرعاية الشباب	وزارة الصحة
٦	الجمهورية اللبنانية	جمعية جاد شبيبة ضد المخدرات	مؤسسة خيرية
٧		تجمع أم النور للتأهيل والوقاية من المخدرات	مؤسسة خيرية
٨		جمعية العناية الصحية	مؤسسة خيرية
٩		جمعية الشبيبة لمكافحة المخدرات	مؤسسة خيرية
١٠	جمهورية السودان	المستشفى المركزي للطب النفسي	وزارة الصحة ووزارة الداخلية
١١	دولة قطر	قسم الطب النفسي بمؤسسة حمد الطبية	وزارة الصحة
١٢	مملكة البحرين	مستشفى الطب النفسي	وزارة الصحة
١٣	المملكة الأردنية الهاشمية	مركز علاج المدمنين	إدارة مكافحة المخدرات
١٤	سلطنة عمان	وحدة الحياة لعلاج الإدمان	وزارة الصحة

الجدول رقم (٢) أعداد العاملين بالمؤسسة مصنفة حسب الكادر المتخصص

الدول	الفريق العلاجي									الإجمالي
	أطباء	اختصاصي نفسي	اختصاصي اجتماعي	اختصاصي تغذية	اختصاصي علاج بالعمل	اختصاصي علاج وظيفي	اختصاصي تأهيل	إداريون	أخرى	
السعودية	٤	٢٠	١٤	١	-	-	-	١٥١	٢٧٥	٥٠١
سوريا	٤	١	٤	-	-	٧	-	١١	-	٢٧
لبنان	٧	٢	٩	١	٣	-	٦	٣	-	٣٠
السودان	٣٤	٣٥	١٣	١	-	-	-	٧	-	٨٨
قطر	٢٣	٦	٣	-	-	٣	-	١	٦٠	٩٥
البحرين	٤	-	١	-	١	-	-	-	-	٦
الأردن	١	١	٢	١	١	١	١	٦	-	١٤
سلطنة عمان	٣	١	-	-	١	-	-	-	-	٥

تشير بيانات الجدول رقم (٢) إلى أعداد العاملين بالمؤسسة مصنفة حسب الكادر المتخصص في المؤسسات العلاجية عينة الدراسة. ونلحظ من الجدول تفاوت في أعداد العاملين ويبدو أن ذلك مرتبط بأعداد المدمنين في تلك المؤسسات. إلا أن ما يلفت النظر قلة الكوادر المتخصصة في العلاج بالعمل والعلاج الوظيفي، وأخصائي التأهيل، رغم أهمية تلك التخصصات في علاج المدمنين. كما لوحظ مثلا عدم توافر أخصائي نفسي في المؤسسة العلاجية في مملكة البحرين رغم أن كثيراً من حالات الإدمان تتحول إلى أمراض نفسية. كما لوحظ في قطر كثرة الأطباء في التخصصات المختلفة، يقابله قلة في أعداد الأطباء النفسيين. كما لوحظ تدني أعداد الكادر الطبي في المؤسسة العلاجية بالأردن إذا ما عرفنا أن الحالات وصلت في عام واحد إلى (١٨٦) حالة. بينما لوحظ في السودان زيادة في أعداد الكادر المتخصص رغم تنوعة، بالرغم من قلة أعداد المدمنين في هذه المؤسسة (٥٥) حالة على مدى خمس سنوات. وبشكل عام نلحظ عدم توافر كافة التخصصات التي لها دور مؤثر في العملية العلاجية في مختلف المؤسسات العلاجية العربية عينة الدراسة باستثناء المؤسسة العلاجية في الأردن. ونرى أنه من الممكن قيام دراسة متخصصة للتعرف على مدى تناسب الكادر الطبي والنفسي والاجتماعي وغيرهم مع طبيعة الحالات في تلك المؤسسات.

الجدول رقم (٣) أعداد المدمنين خلال الخمس سنوات الماضية المسجلين في المؤسسات العلاجية

الدول	السنــوات					الإجمالي
	٢٠٠٠	٢٠٠١	٢٠٠٢	٢٠٠٣	٢٠٠٤	
السعودية	١٢٥٠٤	١٥٤٧٠	١٧٨٠٦	٢١٩٨٦	٢٥٢٦٠	٩٣٠٢٦
سوريا	-	-	-	٤٠١	٥٧٣	٩٧٤
لبنان	٥٣٢	٥٩٣	٦٣٢	٧٦٨	٧٣١	٣٢٥٦
السودان	١	١٨	٥	١	٣٠	٥٥
قطر	١١٧	١٢٣	١٠٦	١١٢	١٢٦	٥٨٤
البحرين	٢٧٤١	٣٠٣٩	٢٩٧٨	٤٤٣٩	٥٥٨٧	١٦٣١٧
الأردن	١٣٧	١٦٢	١٤١	١٤١	١٨٦	٦٣٠
سلطنة عمان	-	-	-	١٩٢	٢٣٢	٤٢٤

تشير بيانات الجدول رقم (٣) إلى أن أعداد المدمنين في المؤسسات العلاجية مجال الدراسة، ونلحظ الارتفاع الملحوظ في كل سنة عن السنة السابقة لها في معظم الدول العربية عينة الدراسة، ونلحظ في السعودية مثلاً زيادة سنوية في عداد المدمنين طالبي العلاج في تلك المؤسسات، مع الإشارة إلى أن إجمالي الأعداد في كل من السعودية ولبنان يشمل أربع مؤسسات علاجية للمدمنين، بينما مؤسسة واحدة في بقية الدول العربية.

وعن توزيع المدمنين حسب الجنس نجد في السعودية مثلاً قلة الإناث من العدد الإجمالي للمدمنين حيث بلغت نسبة الإناث (٢٦) مدمنة فقط طلبن العلاج بينما بقية العدد كان للمدمنين الذكور (١٠٠١٢) مدمناً، وفي لبنان بلغت أعداد الإناث ممن يتعالجن في المؤسسات العلاجية (٧١٠) طوال

السنوات الخمس الماضية، بينما بلغ أعداد المدمنين الذكور (٢٥٤٦) مدمناً. وفي قطر بلغ عدد المدمنات خلال السنوات الخمس (٢١) مدمنة. وفي البحرين بلغ أعداد الإناث (١٩١) من العدد الإجمالي لمتلقي العلاج، كما بلغ عددهن في سوريا (٢٥) مدمنة فقط، وفي سلطنة عمان لوحظ تدن كبير جداً في أعداد الإناث حيث كان في المؤسسة العلاجية (٢) من المدمنات عام ٢٠٠٣، ومدمنة واحدة عام (٢٠٠٤). بينما لم يكن هناك أي أنثى تتلقى العلاج في المؤسسة العلاجية في كل من السودان والأردن.

ومن أهم نتائج الدراسة الاستطلاعية:

أولاً: الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للعائدين للإدمان

الجدول رقم (٤) تصنيف العائدين حسب الفئة العمرية

م	العمـــــر	٪	الترتيب
١	أقل من ٢٠ سنة	١٤,٤	الرابع
٢	من ٢٠ ـ ٣٠ سنة	٢١,٧	الأول
٣	من ٣٠ ـ ٤٠ سنة	٢٧,٨	الثاني
٤	من ٤٠ ـ ٥٠ سنة	١٨,٢	الثالث
٥	٥٠ سنة فأكثر	٧,٦	الخامس

يشير الجدول رقم (٤) إلى ترتيب توزيع العائدين للإدمان حسب الفئة العمرية، ونلحظ من الجدول أنه قد جاء في المرتبة الأولى الفئة العمرية ٢٠ سنة إلى أقل من ٣٠ سنة، وفي المرتبة الثانية الفئة العمرية من ٣٠سنة إلى أقل من ٤٠ سنة، وفي المرتبة الثالثة الفئة العمرية التي تقع في الفئة ٤٠سنة إلى أقل من ٥٠سنة، وفي المرتبة الرابعة الفئة العمرية التي أعمار أفرادها أقل من عشرين عاماً، وأخيرا في المرتبة الخامسة الفئة العمرية التي يبلغ عدد أفرادها ٥٠سنة فأعلى.

وعن الارتباط بين السن والمادة الإدمانية التي يعود لها المدمن، لوحظ في السعودية أن الفئة العمرية أقل من (٢٠) سنة تعود للمواد الطيارة، بينما الفئة العمرية من ٢٠سنة إلى أقل من ٣٠ سنة تعود للهيروين، والفئة العمرية من ٣٠ سنة إلى أقل من ٤٠ سنة تعود للحشيش والكحول والمنبهات والمنشطات، بينما في الفئات العمرية الأعلى كانت العود أكثر للكحول. وفي السودان نجد أن الفئة العمرية أقل من (٢٠) سنة تعود للحشيش والمواد الطيارة، وكذلك الفئة العمرية من ٢٠سنة إلى اقل من ٣٠ سنة تعود للحشيش والمواد الطيارة إضافة إلى الكحول، والفئة العمرية من ٣٠ سنة إلى أقل من ٤٠ سنة تعود للحشيش والكحول، بينما في الفئات العمرية الأعلى كان العود أكثر للكحول.

لوحظ في لبنان أن الفئة العمرية أقل من (٢٠) سنة تعود للحشيش والمواد الطيارة، بينما الفئة العمرية من ٢٠سنة إلى أقل من ٣٠ سنة تعود للهيروين والكحول، والفئة العمرية من ٣٠ سنة إلى اقل من ٤٠ سنة تعود المهلوسات والمنبهات والمنشطات، بينما في الفئات العمرية الأعلى كان العود أكثر للكحول.

كما لوحظ في الأردن أن الفئة العمرية أقل من (٢٠) سنة تعود للهيروين والمنبهات والمنشطات، بينما الفئة العمرية من ٢٠سنة إلى أقل من ٣٠ سنة تعود للهيروين والمهلوسات والمنبهات والمنشطات، والفئة العمرية من ٣٠ سنة إلى اقل من ٤٠ سنة تعود للهروين والكحول والمنبهات والمنشطات، بينما في الفئات العمرية الأعلى كان العود أكثر للكحول. مما يعني انتشار الهيروين اكثر من غيره في الأردن. وفي سوريا لوحظ انتشار الهيروين لدى مختلف الفئات العمرية حتى الفئة الأقل من (٥٠) سنة، والحال ينطبق كذلك على المنبهات والمنشطات التي تنتشر في الفئات العمرية المختلفة.

بينما في قطر نجد زيادة الهيروين والحشيش لدى الفئتين من ٢٠سنة وحتى أقل من ٣٠ سنة وفي الفئة من ٣٠ سنة حتى أقل من ٤٠ سنة، بينما تفاوت المواد الإدمانية الأخرى وأن بنسب متدنية، بينما واضح ارتفاع نسبة الكحول في الفئة العمرية من ٣٠ سنة إلى أقل من ٤٠ سنة وفي الفئة العمرية من ٤٠ سنة وحتى أقل من ٥٠ سنة. وفي مملكة البحرين لم يوضح لنا التقرير أية معلومات في هذا المجال. وفي سلطنة عمان ارتفاع تعاطي الحشيش والمنبهات والمنشطات في الفئة العمرية الأقل من عشرين عاماً، قابله ارتفاع في تعاطي الهيروين والكوكائين والمورفين في الفئة العمرية من ٣٠سنة إلى أقل من ٤٠ سنة. كما لوحظ ارتفاع نسبة شرب الكحول في الفئتين العمريتين من ٣٠ سنة إلى أقل ٤٠سنة، وفي الفئة من ٤٠ سنة إلى أقل من ٥٠ سنة.

الجدول رقم (٥) تصنيف العائدين حسب المستوى التعليمي

م	العمـــــر	٪	الترتيب
١	ابتدائي فأقل	٢٧,٧	الأول
٢	متوسط (اعدادي) وما يعادله	٢٧,٧	الأول
٣	ثانوي وما يعادله	٢٣,١	الثالث
٤	جامعي	١٦,٦	الرابع
٥	ماجستير فما فوق	٤,٦	الخامس

يشير الجدول رقم (٥) إلى ترتيب توزيع العائدين للإدمان حسب المستوى التعليمي، نلحظ من الجدول أن غالبية العائدين هم ممن يحملون المؤهل الابتدائي فأقل كأدنى المؤهلات التعليمية، والعائدون ممن يحملون المؤهل المتوسط (الإعدادي) وما يعادله، وفي المرتبة الثالثة ممن يحملون المؤهل الثانوي وما يعادله، وفي المرتبة الرابعة العائدون الذين يحملون

المؤهل الجامعي، وفي الفئة الخامسة والأخيرة حملت المؤهلات العليا كالماجستير فما فوق. ونلحظ هنا تدني المستويات التعليمية للعائدين وتشابهها إلى حد كبير مع المؤهلات التعليمية للمدمنين أنفسهم، أي أن المستوى التعليمي للمدمن وللعائد للإدمان شبه واحدة.

الجدول رقم (٦) تصنيف العائدين حسب الحالة الاجتماعية

م	الحالة الاجتماعية	٪	الترتيب
١	أعزب	٣٢,١	الأول
٢	متزوج	٣٠,٩	الثاني
٣	مطلق	٢٠,٢	الثالث
٤	أرمل	١٠,٤	الرابع
٥	أخرى	٥,٤	الخامس

يشير الجدول رقم (٦) إلى ترتيب توزيع العائدين للإدمان حسب الحالة الاجتماعية، نلحظ في الجدول كما لاحظنا في الجداول السابقة شبه اتفاق بين خصائص المدمنين والعائدين للإدمان، ففي هذا الجدول نلحظ أن غالبية العائدين للإدمان هم من العزاب، وفي المرتبة الثانية من المتزوجين، وفي المرتبة الثالثة من المطلقين، وفي المرتبة الرابعة الأرامل، وفي المرتبة الخامسة الفئات الأخرى.

الجدول رقم (٧) تصنيف العائدين حسب الحالة الوظيفية

م	الحالة الوظيفية	٪	الترتيب
١	موظف قطاع عام	٢٠,٩	الثاني
٢	موظف قطاع خاص	٢٠,٢	الثالث
٣	أعمال خاصة	١٩,٩	الرابع
٤	لا يعمل	٢٩,٩	الأول
٥	طالب	٨,٩	الخامس

يشير الجدول رقم (٧) إلى ترتيب توزيع العائدين للإدمان حسب الحالة الوظيفية، ونلحظ من الجدول انه قد جاء في المرتبة الأولى من حيث الحالة الوظيفية للعائدين من الإدمان الذين لا يعملون أو العاطلين عن العمل، وفي المرتبة الثانية الموظف بالقطاع الحكومي، وفي المرتبة الثالثة الموظف بالقطاع الخاص ، وفي المرتبة الرابعة الذين يعملون أعمالاً خاصة، وإن كانت الفروق بين العائدين حسب نوع الوظيفة كانت ضعيفة جداً. وفي المرتبة الخامسة الطلبة. كما لاحظنا أن الفروق بين الفئات الوظيفية كانت بسيطة إلى حد كبير. كما لا حظنا أن الطلبة هم أقل الفئات عودة للإدمان وهذا إما يعني قلة نسبتهم للعدد الإجمالي للمدمنين، أو الدور الذي يلعبه التعليم في الوقاية من تعاط أو عود للمخدرات.

الجدول رقم (٨) تصنيف العائدين حسب الحالة الاقتصادية لأسرهم

م	الحالة الاقتصادية	٪	الترتيب
١	أقل من ٣٠٠٠	٢٦,٦	الأول
٢	من ٣٠٠٠ـ٦٠٠٠	٢١,٣	الثاني
٣	من ٦٠٠٠ـ٩٠٠٠	١٨,٦	الثالث
٤	من ٩٠٠٠ـ١٢٠٠٠	١٨,٦	الثالث
٥	١٢٠٠٠ فأكثر	١٤,٦	الرابع

يشير الجدول رقم (٨) إلى ترتيب توزيع العائدين للإدمان حسب الحالة الاقتصادية لأسرهم، ونلحظ من الجدول إلى أنه ليس هناك فروق كبيرة في ترتيب تلك الفئات حسب الحالة الاقتصادية لأسرهم وفق ما سجلت المؤسسات العلاجية بالدول العربية عينة الدراسة. كما نلحظ إلى أنه قد جاء في المرتبة الأولى من كانت دخول أسرهم الشهرية اقل من ٣٠٠٠، وفي المرتبة الثانية من كانت دخول أسرهم من ٣٠٠٠ إلى أقل من ٦٠٠٠ ريال، وفي المرتبة الثالثة تساوت الفئتان اللتان دخول أسرهم من ٦٠٠٠ إلى أقل من ٩٠٠٠، والذين دخولهم من ٩٠٠٠ إلى اقل من ١٢,٠٠٠. وفي المرتبة الرابعة من كانت دخولهم ١٢,٠٠٠ فأعلى. ما يعني عدم تأثير المستوى الاقتصادي والدخل المادي بشكل كبير في العود للإدمان.

الجدول رقم (٩) تصنيف العائدين حسب نوع السكن

م	الحالة نوع السكن	٪	الترتيب
١	فيلا	٢٢,٨	الثاني
٢	شقة في عمارة	١٩,٣	الرابع
٣	مسكن شعبي	٢٧,٢	الأول
٤	غرفة جماعية	٢٠,٤	الثالث
٥	خيمة أو صندقة	١٠,٢	الخامس

يشير الجدول رقم (٩) إلى ترتيب توزيع العائدين للإدمان حسب نوع السكن، ونلحظ من الجدول بشكل عام توزيع الترتيب بشكل شبه متوازن بين إجابات مسئولي المؤسسات العلاجية. كما نلحظ وبشكل بسيط ترتيب تلك الإجابات إذ جاء في المرتبة الأولى من يقيمون في مسكن شعبي، وفي المرتبة الثانية من يقيمون في فيلا، وفي المرتبة الثالثة من يقيمون في غرفة جماعية، وفي المرتبة الرابعة من يقيمون في شقة في عمارة، وفي المرتبة الخامسة من يقيمون في خيمة أو صندقة.

الجدول رقم (١٠) تصنيف العائدين حسب مستوى الأحياء التي يقيمون فيها

م	مستوى الأحياء	٪	الترتيب
١	عال	١٩,٤	الثالث
٢	متوسط	٤٤,٤	الأول
٣	منخفض	٣٦,١	الثالث

يشير الجدول رقم (١٠) إلى ترتيب توزيع العائدين للإدمان حسب مستوى الأحياء التي يقيمون فيها، ونلحظ من الجدول قد جاء في المرتبة الأولى من يقيمون في الأحياء المتوسطة، وجاء في المرتبة الثانية من يقيمون في الأحياء المنخفضة، وجاء في المرتبة الثالثة من يقيمون في الأحياء ذات المستوى العالي.

الجدول رقم (١١) تصنيف العائدين حسب الجنس

م	العائدون حسب الجنس	٪	الترتيب
١	ذكور	٦٠,٠	الأول
٢	إناث	٤٠,٠	الثاني

يشير الجدول رقم (١١) إلى ترتيب توزيع العائدين للإدمان حسب الجنس، ونلحظ من الجدول إلى أنه قد جاء في المرتبة الأولى العائدون من المدمنين الذكور، وجاء في المرتبة الثانية المدمنات الإناث. وهذا يتطابق مع التوزيع العام للمدمنين حسب الجنس والتي أكدت على تدني نسبة الإناث المدمنات في العالم العربي وعلى أقل تقدير في التقارير الرسمية. كما يتفق مع توزيع المدمنين متلقي العلاج في المؤسسات المشمولة بالدراسة وفق ما سبق أن أشرنا إليه في الجدول رقم (٣).

الجدول رقم (١٢) العائدون حسب مع من يقيمون

م	مع من يقيم العائد للإدمان	٪	الترتيب
١	بمفرده	١٩,٧	الثالث
٢	مع زوجته	٢٢,٣	الثاني
٣	مع أسرته	٣٤,٠	الأول
٤	مع أقاربه	١٤,٩	الرابع
٥	مع أصدقائه	٩,٥	الخامس

يشير الجدول رقم (١٢) إلى ترتيب توزيع العائدين للإدمان حسب مع من يقيمون، ونلحظ من الجدول أنه قد جاء في المرتبة الأولى الذين يقيمون مع أسرهم، وجاء في المرتبة الثانية العائدين الذين يقيمون مع زوجاتهم، وجاء في المرتبة الثالثة الذين يقيمون بمفردهم ، وجاء في المرتبة الرابعة مع أقاربهم، وجاء في المرتبة الخامسة مع أصدقائهم . ونلحظ اتفاق هذه البيانات مع ما ورد في الجدول رقم (٦) الخاص بالحالة الاجتماعية للعائدين للإدمان .

ثانياً: ظاهرة العود للإدمان وأنواع ونسب المواد الإدمانية الأكثر عودة للإدمان في بعض الدول العربية

الجدول رقم (١٣) انواع المواد الإدمانية حسب ترتيب العود

م	المواد الإدمانية	٪	الترتيب
١	الهيروين	١٦,٤	الثاني
٢	الأفيون	٤,٩	الثامن
٣	الكوكايين	٩,١	الخامس
٤	الموروفين	٤,٥	التاسع
٥	الحشيش والمارجونا	٤٧,٩	الأول
٦	مجموعة المنبهات/ المنشطات	١١,٥	الرابع
٧	مجموعة المهلوسات	٨,٥	السادس
٨	المواد الطيارة (الباتكس - البنزين - الصمغ المنظفات)	٨,٥	السادس
٩	الكحول	١٥,٢	الثالث
١٠	المهدئات والمنومات والأدوية الطبية	٦,٨	السابع

يشير الجدول رقم (١٣) إلى ترتيب المواد الإدمانية حسب العود، ونلحظ من الجدول أنه قد جاء في المرتبة الأولى مادة الحشيش والمارجوانا، وجاء في المرتبة الثانية الهيروين، وجاء في المرتبة الثالثة الكحول، وجاء في المرتبة الرابعة مجموعة المنبهات والمنشطات، وجاء في المرتبة الخامسة الكوكائين، وجاء في المرتبة السادسة مادتان هما مجموعة المهلوسات، والمواد الطيارة، وفي المرتبة السابعة المهدئات والمنومات والأدوية الطبية، وفي المرتبة الثامنة الأفيون، وفي المرتبة التاسعة الموروفين.

الجدول رقم (١٤) العائدون حسب عدد مرات العود بشكل عام

م	عدد مرات العود	٪	الترتيب
١	مرة	١١,٢	الرابع
٢	مرتان	١٥,٩	الثالث
٣	ثلاث مرات	٢٦,١	الأول
٤	اربع مرات	٢٦,١	الأول
٥	خمس مرات فأكثر	٢٠,٥	الثاني

يشير الجدول رقم (١٤) إلى ترتيب توزيع العائدين للإدمان حسب عدد مرات العود بشكل عام، ونلحظ من الجدول إلى أنه قد جاء في المرتبة الأولى من كانت عودتهم ثلاث مرات أو أربع مرات، وجاء في المرتبة الثانية خمس مرات، وجاء في المرتبة الثالثة من كانت عودتهم لمرتين، وجاء في المرتبة الرابعة من عادوا لمرة واحدة. وهذا يعني زيادة عدد مرات العودة لدى المدمنين في المؤسسات العلاجية المشمولة بالدراسة.

الجدول رقم (١٥) العائدون حسب فترات العود

م	أوقـــات العـــــودة	٪	الترتيب
١	في الثلاثة أشهر الأولى للعملية العلاجية	٣٠,٠	الأول
٢	في الستة أشهر الأولى للعملية العلاجية	٢٣,٤	الثاني
٣	في التسعة أشهر الأولى للعملية العلاجية	١٦,٥	الرابع
٤	في السنة الأولى للعملية العلاجية	١٧,٤	الثالث
٥	أكثر من سنة	١٢,٦	الخامس

يشير الجدول رقم (١٥) إلى ترتيب توزيع العائدين للإدمان حسب فترات العود، ونلحظ من الجدول أنه قد جاء في المرتبة الأولى من عادوا في الثلاثة الأشهر الأولى للعملية العلاجية، وجاء في المرتبة الثانية من عادوا في الستة الأشهر الأولى للعملية العلاجية، وجاء في المرتبة الثالثة من عادوا في السنة الأولى للعملية العلاجية، وجاء في المرتبة الرابعة من عادو في التسعة الأشهر الأولى للعملية العلاجية، وجاء في المرتبة الخامسة من عادوا بعد أكثر من سنة من العملية العلاجية. وهذا يتفق مع بيانات الجدول رقم (١٦) الخاص بعدد مرات العود لدى المدمنين.

الجدول رقم (١٦) نسبة العائدين للعدد الكلي للمدمنين بالمؤسسة العلاجية

م	نسبة العود	٪	الترتيب
١	أقل من ٥٪	٥,٧	الثامن
٢	من ٥٪ ـ ١٠٪	١١,٧	الخامس
٣	من ١٠٪ ـ ١٥٪	١٠,٥	السابع
٤	من ١٥٪ ـ ٢٠٪	١٠,٧	السادس
٥	من ٢٠٪ ـ ٢٥٪	١٦,٩	الثاني
٦	من ٢٥٪ ـ ٣٠٪	١٣,٢	الرابع
٧	من ٣٠٪ ـ ٣٥٪	١٤,٨	الثالث
٨	من ٣٥٪ فأكثر	١٧,٣	الأول

يشير الجدول رقم (١٦) إلى ترتيب نسبة العائدين للعدد الكلي للمدمنين بالمؤسسة العلاجية ونلحظ من الجدول أنه قد جاء في المرتبة الأولى النسبة من ٣٥٪ فأعلى، وجاء في المرتبة الثانية ما نسبته من ٢٠٪ إلى اقل من ٢٥٪، وجاء في المرتبة الثالثة ما نسبته من ٣٠٪ إلى أقل من ٣٥٪، وجاء في المرتبة الرابعة ما نسبته ٢٥٪ إلى أقل من ٣٠٪، وجاء في المرتبة

الخامسة ما نسبته من ٥٪ إلى أقل من ١٠٪ ، وجاء في المرتبة السادسة ما نسبته ١٥٪ إلى أقل مما نسبته ٢٠٪ ، وفي المرتبة السابعة ما نسبته ١٠٪ إلى أقل من ١٥٪ ، وفي المرتبة الثامنة ما نسبته ٥٪ فأقل . وهذا يعني أن العائدين من المدمنين تمثل أكثر من ثلثي متلقي العملية العلاجية . وهذا يتفق مع ما ورد في الجدول رقم (١٤) الخاص بعدد مرات العود للإدمان التي لوحظ ارتفاعها لدى المدمنين .

ثالثاً: طبيعة ظروف العود للإدمان

الجدول رقم (١٧) مدة الإقامة بالمؤسسة العلاجية بعد العود

م	مدة الإقامة في المؤسسة العلاجية	٪	الترتيب
١	شهر	٢٩,٨	الأول
٢	شهران	٢٧,٦	الثاني
٣	ثلاث أشهر	٢٢,٣	الرابع
٤	أربعة أشهر	١٤,٩	الثالث
٥	خمسة أشهر	٥,٣	الخامس

يشير الجدول رقم (١٧) إلى ترتيب توزيع العائدين للإدمان حسب مدة الإقامة بالمؤسسة العلاجية ، ونلحظ من الجدول إلى أنه قد جاء في المرتبة الأولى من يقيمون مدة شهر في المؤسسة العلاجية ، وجاء في المرتبة الثانية من يقيمون مدة شهرين ، وفي المرتبة الثالثة من يقيمون مدة ثلاثة اشهر ، وفي المرتبة الرابعة من يقيمون لمدة أربعة أشهر وفي المرتبة الخامسة من يقيمون مدة خمسة أشهر . وهذا يعني أهمية مدة العلاج في الشفاء الكلي من الإدمان ، كما أن انخفاض مدة الإقامة قد تعطي مؤشراً إما على زيادة أعداد متلقي الخدمات العلاجية ، أو عدم وجود الإمكانيات الكافية لذلك وإن كانت استمارة الحصر التي قام بها الباحث لم توضح أياً من الاحتمالين يكون الأكثر تأثيراً .

الجدول رقم (١٨) أشكال حضور العائد للإدمان للمؤسسة العلاجية لتلقي العلاج

م	من يحضر العائد للإدمان	٪	الترتيب
١	بواسطة المدمن نفسه	٢٤,٦	الثاني
٢	عن طريق أسرته	٢٨,٢	الأول
٣	عن طريق أصدقائه	١٦,٠	الثالث
٤	عن طريق جهة مكافحة المخدرات	١٦,٠	الثالث
٥	عن طريق مستشفى أو مركز صحي	١٣,٠	الرابع
٦	أخرى تذكر	٢,١	الخامس

يشير الجدول رقم (١٨) إلى ترتيب توزيع العائدين حسب أشكال الحضور للمؤسسة العلاجية لتلقي العلاج، ونلحظ من الجدول إلى أنه قد جاء في المرتبة الأولى من حضروا للعلاج عن طريق أسرهم، وجاء في المرتبة الثانية من يحضر بواسطة المدمن نفسه، وجاء في المرتبة الثالثة من يحضر عن طريق أصدقائه، عن طريق جهة مختصة بمكافحة المخدرات، وجاء في المرتبة الرابعة من يحضر عن طريق مستشفى أو مركز صحي، وجاء في المرتبة الخامسة من يحضرون من جهات أخرى كالمباحث أو الشرطة أو المؤسسة التعليمية.

الجدول (١٩) رقم الحالة التي يحضر بها العائد للإدمان

م	الحالة التي يحضر بها المدمن	٪	الترتيب
١	طبيعية	٣٢,٢	الأول
٢	إعياء إلى حد ما	٣١,٠	الثاني
٣	إعياء شديد	٢١,٩	الثالث
٤	فاقد الوعي	١١,٥	الرابع
٥	غيبوبة تامة	٣,٤	الخامس

يشير الجدول رقم (١٩) إلى ترتيب توزيع العائدين للإدمان حسب الحالة التي يحضر بها العائد للإدمان، ونلحظ من الجدول أنه قد جاء في المرتبة الأولى من يحضر لتلقي العلاج وهو في حالة طبيعية ، وفي المرتبة الثانية من يحضر وهو في حالة إعياء إلى حد ما، وفي المرتبة الثالثة من يحضر وهو في حالة إعياء شديد، وفي المرتبة الرابعة من يحضر وهو فاقد الوعي، وفي المرتبة الخامسة من يحضر وهو في غيبوبة تامة. ونلحظ شبه اتفاق مع ما ورد في الجدول رقم (١٨) الخاص بأشكال حضور المدمن لتلقي العلاج بمؤسسات العلاج.

الجدول رقم (٢٠) الأعراض الخارجية للعائدين للإدمان وتميزهم عن المدمن لأول مرة

م	الأعراض الخارجية للعائدين	٪	الترتيب
١	رعشة خطيرة	١٤,٥	الرابع
٢	عدم إدراك جزئي أو كلي	٢٣,٢	الثالث
٣	تلف كامل	٥,٨	الخامس
٤	هيئة رثة جداً	٣٠,٤	الأول
٥	هيئة طبيعية	٢٦,١	الثاني

يشير الجدول رقم (٢٠) إلى ترتيب الأعراض الخارجية للعائدين للإدمان وتميزها عن أعراض المدمن لأول مرة. ونلحظ من الجدول أنه قد جاء في المرتبة الأولى العائدون بهيئة رثة جداً، وفي المرتبة الثانية العائدون بهيئة طبيعية ،وفي المرتبة الثالثة العائدون وهم في حالة عدم إدراك جزئي أو كلي. وفي المرتبة الرابعة العائدون وهم يعانون من رعشة خطيرة، وفي المرتبة الخامسة نجد العائدين بتلف كلي. ما يعني أن أغلب الأعراض ذات طبيعة سلبية من الناحية الصحية والعقلية على العائدين.

رابعا:العوامل المؤثرة في انتشار العود للإدمـان من وجهة نظـر مسئولي المؤسسات العلاجية

الجدول رقم (٢١) العوامل المؤثرة على انتشار ظاهرة العود للإدمان

م	العبارة	موافق	غير موافق	لا أدري
١	عدم التزام المدمن مسبقاً ببرامج الرعاية اللاحقة	١٠٠,٠٠	٠,٠	٠,٠
٢	عدم انتظام المدمن في خطة علاجية	٩١,٧	٨,٣	٠,٠
٣	تركيبة وسمات العائد الشخصية	٩١,٧	٠,٠	٨,٣
٤	انتشار البطالة و زيادة أوقات الفراغ	٨٦,٦	٠,٠	١٣,٤
٥	الارتباط القوي بجماعات الاصدقاء	٨٣,٤	٨,٣	٨,٣
٦	خلل في التركيب البنيوي للأسرة	٨٢,٦	٠,٠	١٧,٤
٧	ضعف الرقابة من الأسرة	٧٤,٩	٨,٣	١٦,٨
٨	عدم وجود توعية كافية بخطورة الإدمان	٦٧,٧	٣٣,٣	٠,٠
٩	عدم القدرة على المصارحة بحاجة المدمن للعلاج	٦٦,٨	٢٤,٩	٨,٣
١٠	تحول الإدمان لمرض نفسي أو عقلي	٥٨,٤	٣٣,٣	٨,٣
١١	الخوف من الفضيحة والعار	٤١,٨	٢٤,٩	٣٣,٣
١٢	ضعف الاتزان العقلي	٤١,٨	٤٩,٩	٨,٣
١٣	زيادة درجة الاعتمادية الذاتية	٤١,٨	٤١,٨	٨,٣
١٤	عدم فاعلية المؤسسات العلاجية	٣٣,٢	٤١,٨	٢٥,٠

يشير الجدول رقم (٢١) إلى ترتيب العوامل المؤثرة في انتشار العود للإدمان من وجهة نظر مسئولي المؤسسات العلاجية . ومن خلال تحليل من أجاب بموافق من العينة نلحظ من الجدول أنه قد جاء في المرتبة الأولى عامل عدم التزام المدمن مسبقاً ببرامج الرعاية اللاحقة بما نسبته (٠٠ ,١٠٠٪)، وفي المرتبة الثانية كان عامل عدم انتظام المدمن في خطة علاجية، وعامل تركيبة وسمات العائد الشخصية بما نسبته (٧ ,٩١٪). وفي المرتبة الثالثة جاء عامل انتشار البطالة وزيادة أوقات الفراغ بما نسبته (٦ ,٨٦٪)، وفي المرتبة

الرابعة جاء عامل الارتباط القوي بجماعات الأصدقاء بما نسبته (٤ , ٨٣٪) ، وفي المرتبة الخامسة جاء عامل خلل في التركيب البنيوي للأسرة بما نسبته (٦ , ٨٢٪) . وفي المرتبة السادسة جاء عامل ضعف الرقابة من الأسرة بما نسبته (٩ , ٧٤٪) ، وفي المرتبة السابعة جاء عامل عدم وجود توعية كافية بخطورة الإدمان بما نسبته (٧ , ٦٧٪) . وجاء في المرتبة الثامنة عامل عدم القدرة على المصارحة بحاجة المدمن للعلاج بما نسبته (٨ , ٦٦٪) . وجاء في المرتبة التاسعة عامل تحول الإدمان لمرض نفسي أو عقلي بما نسبته (٤ , ٥٨٪) . وجاء في المرتبة العاشرة ثلاثة عوامل بما نسبته (٨ , ٤١٪) لكل منها وهي عامل الخوف من الفضيحة والعار ، وعامل ضعف الاتزان العقلي ، وعامل زيادة درجة الاعتمادية الذاتية . وجاء في المرتبة الحادية عشرة عامل عدم فاعلية المؤسسات العلاجية بما نسبته (٢ , ٣٣٪) .

خامساً: الجوانب التي يجب التركيز عليها من وجهة نظر مسئولي المؤسسات العلاجية لمعالجة ظاهرة العود للإدمان

الجدول رقم (٢٢) الجوانب التي ترى ضرورة التركيز عليها لمعالجة ظاهرة العود للإدمان

م	العبارة	نعم	لا	إلى حد ما
١	زيادة برامج التوعية المباشرة للمدمنين	١٠٠	٠ , ٠	٠ , ٠
٢	الإعداد المهني للكفاءات المتخصصة في علاج الإدمان	٩٢ , ٣	٠ , ٠	٧ , ٧
٣	التنويع في البرامج العلاجية المقننة	٨٤ , ٦	٧ , ٧	٧ , ٧
٤	إعادة تنظيم مؤسسات شغل أوقات الفراغ	٨٤ , ٦	٠ , ٠	١٥ , ٤
٥	ايجاد معالجة جادة لظاهرة البطالة	٧٧ , ٠	٧ , ٦	١٥ , ٤
٦	إنشاء أندية الدفاع الاجتماعي	٦٩ , ٢	١٥ , ٤	١٥ , ٤
٧	اعداد الخطط العلاجية لاعانة اسر العائدين أو المتوقع عودتهم	٦٩ , ٢	٧ , ٧	١٥ , ١
٨	التوسع في المؤسسات العلاجية	٦٩ , ٢	٧ , ٨	٢٣ , ٣
٩	اصدار التشريعات المنظمة لسفر الشباب للخارج	٥٣ , ٩	١٥ , ٤	٣٠ , ٧
١٠	معالجة الآثار الناجمة عن الفقر والحاجة لدى أسر العائدين	٤٦ , ١	١٥ , ٤	٣٨ , ٥

يشير الجدول رقم (٢٢) إلى ترتيب الجوانب التي ترى ضرورة التركيز عليها لمعالجة ظاهرة العود للإدمان. ونلحظ من الجدول إلى أنه قد جاء في المرتبة الأولى زيادة برامج التوعية المباشرة للمدمنين بما نسبته (١٠٠٪). وفي المرتبة الثانية الإعداد المهني للكفاءات المتخصصة في علاج الإدمان بما نسبته (٣, ٩٣٪). وفي المرتبة الثالثة جاء الجانب الخاص بالتنويع في البرامج العلاجية المقننة، وإعادة تنظيم مؤسسات شغل أوقات الفراغ بما نسبته (٦, ٨٤٪). وفي المرتبة الرابعة جاء إيجاد معالجة جادة لظاهرة البطالة بما نسبته (٠, ٧٧٪). وفي المرتبة الخامسة إنشاء أندية الدفاع الاجتماعي، و إعداد الخطط العاجلة لإعانة أسر العائدين أو المتوقع عودتهم، والتوسع في المؤسسات العلاجية بما نسبته (٢, ٦٩٪) لكليهما. وفي المرتبة السادسة جاء إصدار التشريعات المنظمة لسفر الشباب للخارج بما نسبته (٩, ٥٣٪)، وفي المرتبة السابعة معالجة الآثار الناجمة عن الفقر والحاجة لدى أسر العائدين بما نسبته (١, ٤٦٪).

سادسا: مناقشة نتائج الدراسة

في ضوء ما تم عرضه من جداول وبيانات يمكن أن نناقش فيما يلي نتائج هذه الدراسة وعلاقتها بنتائج الدراسات السابقة، والنظريات العلمية المفسرة لظاهرة الإدمان، وذلك كما يلي:

أ ـ حجم ظاهرة العود للإدمان في بعض الدول العربية

١ ـ توصلت الدراسة إلى ارتفاع أعداد المدمنين في المؤسسات العلاجية مجال الدراسة، في كل سنة عن السنة السابقة لها في معظم الدول العربية عينة الدراسة.

٢ ـ جاء في المرتبة الأولى ما نسبته من ٣٥٪ فأعلى، وجاء في المرتبة الثانية ما نسبته من ٢٠٪ إلى اقل من ٢٥٪، وجاء في المرتبة الثالثة ما نسبته من ٣٠٪ إلى أقل من ٣٥٪، وجاء في المرتبة الرابعة ما نسبته ٢٥٪ إلى أقل من ٣٠٪، وجاء في المرتبة الخامسة ما نسبته من ٥٪ إلى أقل من ١٠٪، وجاء في المرتبة السادسة ما نسبته ١٥٪ إلى أقل من ما نسبته٢٠٪، وفي المرتبة السابعة ما نسبته ١٠٪ إلى أقل من ١٥٪، وفي المرتبة الثامنة ما نسبته ٥٪ فأقل.

ونجد أن هذه النتائج تتفق مع نتائج بعض الدراسات السابقة التي أشارت لمثل هذه النتائج، حيث توصلت دراسة العتيبي (١٩٩٩) إلى أن نسبة انتكاسة الكحوليين بمستشفيات الأمل بالمملكة العربية السعودية بلغت (١٨٠٦٪) خلال سبعة أشهر، كما تبين أن ما نسبته ٧٣٪ من الكحوليين المعالجين بمستشفى الأمل بالرياض هم من متكرري الدخول ويتم متابعتهم لمدة شهرين. وفي دراسة Abdulaziz (١٩٩٢) توصلت الدراسة إلى أن نسبة الانتكاسة بعد فترة العلاج تصل إلى (٥, ٣٨٪) من إجمالي عينة المعالجين في مستشفى الأمل بالرياض من إجمالي (٢٣٥) مدمناً. أما دراسة Al – Nahedh (١٩٩٩) فكان اغلب المدمنين يعودون للإدمان بعد الأشهر الثلاثة الأولى كانت نسبة العود (٥٪) وخلال الستة أشهر بلغت نسبة (١٢, ٨٪)، وبعد عام بلغت نسبة العود (٦٨, ٨٪)، وبلغ إجمالي عدد الأفراد الذين عادوا (٣٣) مدمناً من إجمالي العينة.

ب ـ أنواع ونسب المواد الإدمانية الأكثر عودة للإدمان في بعض الدول العربية

١ ـ جاء ترتيب المواد الإدمانية حسب العود، في المرتبة الأولى الهيروين، وجاء في المرتبة الثانية مجموعة المهلوسات والحشيش، وجاء في

المرتبة الثالثة مجموعة المنبهات والمنشطات، وجاء في المرتبة الرابعة الكحول، وجاء في المرتبة الخامسة المهدئات والمنومات والأدوية الطبية ، وجاء في المرتبة السادسة الأفيون، وفي المرتبة السابعة المورفين، وفي المرتبة الثامنة الكوكائين، وفي المرتبة التاسعة المواد الطيارة.

٢ـ جاء في المرتبة الأولى كانت عودتهم ثلاث مرات أو أربع مرات، وجاء في المرتبة الثانية خمس مرات، وجاء في المرتبة الثالثة من كانت عودتهم لمرتين، وجاء في المرتبة الرابعة من عادوا لمرة واحدة. وهذا يعني زيادة عدد مرات العودة لدى المدمنين في المؤسسات العلاجية المشمولة بالدراسة.

٣ـ جاء في المرتبة الأولى من عادو خلال ثلاثة أشهر بعد انتهاء العملية العلاجية، وجاء في المرتبة الثانية من عادوا في الستة الأشهر الأولى للعملية العلاجية، وجاء في المرتبة الثالثة من عادوا في السنة الأولى للعملية العلاجية، وجاء في المرتبة الرابعة من عادوا في التسعة الأشهر الأولى للعملية العلاجية، وجاء في المرتبة الخامسة من عادوا يعد أكثر من سنة من العملية العلاجية.

ونجد أن مثل هذه النتائج تتفق مع نتائج عدد من الدراسات السابقة، منها دراسة المرزوقي وآخرون (١٩٩٤) التي توصلت إلى أن الحشيش أكثر المواد الإدمانية ثم الحبوب المنبهة (الكبتاجون). ودراسة (العتيبي، ١٩٩٩) من أن ترتيب المواد الإدمانية اليتي يتعاطاها المنتكسون هي الحشيش والحبوب المخدرة، الكحول. ودراسة الحمادي (١٩٩٣) توصلت إلى أن الهيروين أكثر المواد الإدمانيه في المملكة العربية السعودية تعاطياً بما نسبته (٣, ٦٤٪)، ثم الحشيش (٨, ٤٢٪)، ثم العقاقير المصنعة (٥, ٢٨٪). وفي دراسة الريس

(١٩٩٥) جاء الهيروين في مقدمة المواد التي يعود إليها المعالجون، ثم الكحول، ثم الحشيش، ثم التشفيط، ثم الحبوب.

وأيضاً تتفق مع ما أشارت دراسة الصالح وإسماعيل (١٩٩٤) من أن ترتيب المواد الإدمانية الأكثر شيوعاً في دولة الكويت هو: (الكحول، المخدرات، الاستنشاق). ودراسة المرزوقي وآخرون (١٩٩٥) عن ظاهرة إدمان المخدرات في مجتمع الإمارات العربية المتحدة، كان الحشيش أول مخدر يتعاطاه المدمن بما نسبته (٦٩٪). وكانت نسبة متعاطي الحشيش من المدمنين (٤١٪) ثم الهيروين (٢٨٪). واختلفت معها دراسة الحمادي (١٩٩٣) التي توصلت إلى أن الهيروين أكثر المواد الإدمانيه تعاطياً في دولة الإمارات العربية المتحدة بما نسبته (٣, ٩٢٪)، ثم الحشيش (٥, ٦١٪)، ثم العقاقير المصنعة (٨, ٥٣٪).

كما أشارت دراسة المرزوقي وآخرون (١٩٩٦) إلى أن المدمنين في لبنان يتعاطون الحشيش لأول مرة، بينما مادة التعاطي الأكثر شيوعاً هي الهيروين. وتوصلت دراسة عبدالرحيم ومسلم (١٩٩٦) إلى أن أكثر المواد الإدمانية انتشارا في سوريا هو الهيروين (٥, ٤٣٪)، ثم الحشيش (٨, ٣٣٪). وكذلك كشفت دراسة سفيان (٢٠٠٤) أن الحشيش يأتي على رأس أنواع المخدرات المنتشرة بين الطالبات في الجزائر بنسبة ٦٨ ٪ وتليه الأقراص أو المؤثرات العقلية مثل الفاليوم و أرتان بنسبة ١٧ ٪ وتشكل المخدرات المصنفة قوية بنسبة ٥ ٪ .

كما توصلت دراسة سويف (١٩٨٤) إلى أن الصفة المشتركة في المحافظات المصرية عينة الدراسة هو انتشار سوء استعمال البانجو وهو عشب من نبات القنّب (الحشيش) وكذلك تناول المشروبات الكحولية. وقد تبين

أن سوء استعمال المواد النفسية المنشطة والحقن بالهيروين نمط أكثر شيوعا في المدن الرئيسة الكبرى . كما قدمت دراسة جمعة (١٩٩٥) وصفاً للمواد الإدمانية بين طلاب الجامعات المصرية الذكور، والتي بلغت (١٢٧٩٧) طالباً، حيث كان من بينهم (٩,٤٪) من العينة يتعاطون المخدرات الطبيعية، و(٩١,٥٨٪) يتعاطون الحشيش لوحده، و(٠,٦٩٪) من متعاطي الأفيون، ويتوزع الباقون (٨,٣٣٪) بين مواد أخرى . كما توصلت دراسة عبداللطيف (١٩٩٢) في ترتيب المواد الإدمانية إلى أنه يأتي التشفيط كأول المواد الإدمانية لديهم، ثم الحبوب، ثم الحشيش .

وفي دراسة العشماوي (١٩٩٤) جاء ترتيب المواد الإدمانية ، هي (المغيبات، المنومات، المنشطات) . كما جاء من نتائج الدراسة إلى أنه تميل نسبة كبيرة من المدمنين إلى المزاوجة بين تعاطي العقاقير وغيرها من أنواع المخدرات الأخرى، ويأتي الحشيش والأفيون في مقدمة المخدرات، ثم الهيروين، ثم الكوكائين . وفي دراسة عبدالجواد وآخرون (٢٠٠٠) أتضح أن الحشيش هو أكثر المواد الإدمانية انتشاراً بين الفئات . وفي دراسة أبي العزم (٢٠٠٤) وتوصلت الدراسة إلى أنه جاء البانجو أكثر المواد الإدمانية انتشاراً بين الشباب المصري .

وكذلك دراسة أبو عمة (١٩٩٨) التي توصلت إلى أن ما نسبته(٤٣,٨٪) هم من متعاطي الحشيش، و(١٨,٨) من متعاطي الهيروين، و(١٤,٦٪) من متعاطي المخدرات الأخرى . كما جاء توزيع المحولين للعلاج أو التأهيل في مؤسسات العلاجية في الدول العربية (٥١,٣٪) من متعاطي الهروين، و (١٢,١٪) هم من متعاطي الحشيش، و(٩,٦٪) من متعاطي المذيبات الطيارة والمخدرات الأخرى .

وعن عدد مرات العود للإدمان نجد أن دراستنا تتفق مع بعض الدراسات السابقة ، فقد تبين من دراسة الحالات المتعمقة في دراسة المرزوقي (١٩٩٦) على (١٢) حالة عادت للإدمان أكثر من مرة، وقد تراوحت عدد مرات العود ما بين (٢-٦) مرات سواء للتعاطي أم للعلاج في المستشفى. كما كشفت دراسة العشماوي (١٩٩٤) إلى تكرار محاولات الإقلاع عن التعاطي أكثر من ثلاث مرات لدى عينة الدراسة كأعلى نسبة (٦, ٣٩٪) يلي ذلك من حاول مرتين بنسبة (٧, ٢٢٪)، ثم من حاول ثلاث مرات بنسبة (٨, ٢٠٪). كما توصلت الدراسة إلى أن ما نسبته (٧, ٥٢٪) حاولوا العلاج من قبل، وأن (٤٣٪) من هؤلاء جاء بمفردة لطلب العلاج.

وأيضاً تتفق مع دراسة جمعة (١٩٩٥) أن عينة من طلاب الجامعات المصرية الذكور، جاء منهم (٤٢, ٨١٪) توقفوا عن التعاطي، بينما (٨٧, ١٤٪) كانوا مستمرين رغم توقفهم فترات لكن يعودون، كما جاء ما نسبته (١٦, ٨١٪) من المتعاطين يرونها ضارة بينما (٠٦, ٤٪) يرونها مفيدة. وكذلك كشفت دراسة أبو عمة (١٩٩٨) إلى أن ما نسبته (٥٤٪) من الذين تم علاجهم أو تأهيلهم من تعاطي المخدرات هم ممن تكرر تعاطيهم للمخدر لمرتين أو أكثر. وعن فترات العود وعدد مرات العود نجد أن نتائج هذه الدراسة قريبة جداً من نتائج دراسة الصالح وإسماعيل (١٩٩٤) حول بعض المتغيرات في مشكلة الإدمان بدولة الكويت، عن العود للإدمان إلى أنه تتفاوت عدد مرات دخول المستشفى من مرة واحدة إلى أكثر من إحدى عشر مرة بمتوسط حسابي قدره (٦٧, ٤٪)، وأن (١٦, ٥٩٪) من مجموع المرضى قد دخلوا المستشفى ثلاث مرات فأكثر، وأن (٧٤, ٤٠٪) دخلوا المستشفى مرة واحدة أو مرتين.

ج ـ الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للعائدين للإدمان

١ ـ جاء ترتيب توزيع العائدين للإدمان حسب الفئة العمرية، في المرتبة الأولى الفئة العمرية ٢٠ سنة إلى اقل من ٣٠ سنة، وفي المرتبة الثانية الفئة العمرية من ٣٠سنة إلى اقل من ٤٠ سنة ، وفي المرتبة الثالثة الفئة العمرية التي تقع في الفئة ٤٠سنة إلى اقل من ٥٠سنة، وفي المرتبة الرابعة الفئة العمرية التي أعمار أفرادها اقل من عشرين عاماً، وأخيرا في المرتبة الخامسة الفئة العمرية التي يبلغ عدد أفرادها ٥٠سنة فأعلى.

٢ ـ جاء ترتيب توزيع العائدين للإدمان حسب المستوى التعليمي، في المرتبة الأولى ممن يحملون المؤهل الابتدائي فاقل كأدنى المؤهلات التعليمية، والعائدون ممن يحملون المؤهل المتوسط (الإعدادي) وما يعادله، وفي المرتبة الثالثة ممن يحملون المؤهل الثانوي وما يعادله، وفي المرتبة الرابعة العائدون الذين يحملون المؤهل الجامعي، وفي الفئة الخامسة والأخيرة حملت المؤهلات العليا كالماجستير فما فوق. ونلحظ هنا تدني المستويات التعليمية للعائدين وتشابهها إلى حد كبير مع المؤهلات التعليمية للمدمنين أنفسهم، أي أن المستوى التعليمي للمدمن وللعائد للإدمان شبه واحدة.

٣ ـ جاء العزاب في المرتبة الأولى من العائدين للإدمان حسب الحالة الاجتماعية، والمتزوجون في المرتبة الثانية، والمطلقات في المرتبة الثالثة ، والأرامل في المرتبة الرابعة ، والفئات الأخرى في المرتبة الخامسة .

٤ ـ جاء العاطلون عن العمل في المرتبة الأولى من حيث الحالة الوظيفية للعائدين، وموظفو القطاع الحكومي في المرتبة الثانية، وموظفو القطاع الخاص في المرتبة الثالثة، الذين يعملون أعمالاً خاصة في المرتبة الرابعة، وإن كانت الفروق بين العائدين حسب نوع الوظيفة ضعيفة جداً. وفي المرتبة الخامسة الطلبة.

٥ ـ جاء ترتيب توزيع العائدين للإدمان حسب الحالة الاقتصادية لأسرهم، جاء في المرتبة الأولى دخول أسرهم الشهرية اقل من ٣٠٠٠، وفي المرتبة الثانية من كانت دخول أسرهم من ٣٠٠٠ إلى أقل من ٦٠٠٠ ريال، وفي المرتبة الثالثة تساوت الفئتان الذين دخول أسرهم من ٦٠٠٠ إلى أقل من ٩٠٠٠، والذين دخول أسرهم من ٩٠٠٠ إلى أقل من ١٢,٠٠٠. وفي المرتبة الرابعة من كانت دخولهم ١٢,٠٠٠ فأعلى. مما يعني عدم تأثير المستوى الاقتصادي والدخل المادي بشكل كبير في العود للإدمان.

٦ ـ جاء ترتيب توزيع العائدين للإدمان حسب نوع السكن، في المرتبة الأولى من يقيمون في مسكن شعبي، وفي المرتبة الثانية من يقيمون في فيلا، وفي المرتبة الثالثة من يقيمون في غرفة جماعية، وفي المرتبة الرابعة من يقيمون في شقة في عمارة، وفي المرتبة الخامسة من يقيمون في خيمة أو صندقة.

٧ ـ جاء ترتيب توزيع العائدين للإدمان حسب مستوى الأحياء التي يقيمون فيها، في المرتبة الأولى من يقيمون في الأحياء المتوسطة، وجاء في المرتبة الثانية من يقيمون في الأحياء المنخفضة، وجاء في المرتبة الثالثة من يقيمون في الأحياء ذات المستوى العالي.

٨ ـ جاء العائدون من الذكور في المرتبة الأولى وفق ترتيب توزيع العائدين للإدمان حسب الجنس، وجاء في المرتبة الثانية المدمنات الإناث.

٩ ـ جاء ترتيب توزيع العائدين للإدمان حسب مع من يقيمون، في المرتبة الأولى الذين يقيمون مع أسرهم، وجاء في المرتبة الثانية العائدون الذين يقيمون مع زوجاتهم، وجاء في المرتبة الثالثة الذين يقيمون بمفردهم، وفي المرتبة الرابعة مع أقاربهم، وفي المرتبة الخامسة مع أصدقائهم.

وتتشابه كثيراً خصائص العائدين مع خصائص المدمنين، وكذلك مع العائدين للإدمان التي أشارت إليها بعض الدراسات السابقة. حيث نجد أن في دراسة المرزوقي وآخرون (١٩٩٤) كانت خصائص المتعاطين، (٩٢٪) أعمارهم ما بين (١٨ ـ ٢٥)، ما نسبته (٧٣٪) يسكنون في مساكن متوسطة، ما نسبته (٨, ٧٤٪) تعليمهم متوسط فأقل، ما نسبته (٧, ٧٨٪) متوسطي الحال، ما نسبه (٧, ٦٦٪) من العزاب، ما نسبته (٥, ١٩٪) يتعاطون قليلاً من المسكرات، ما نسبته (٨٤٪) لأسرهم علاقة بالمخدرات.

وفي دراسة Abdulaziz (١٩٩٢) معظم المتعاطين تقل أعمارهم عن سن الثلاثين (٧, ٨٤٪). وفي دراسة الريس (١٩٩٥) غالبية العائدين للإدمان نشؤوا في مناطق حضرية (٩٠٪)، غالبيتهم من الذين لم يتزوجوا (٦٠٪)، متوسط أعمارهم (٨٣, ٣٠) سنة، غالبيتهم من ذوي التعليم المنخفض (٨٧٪)، غالبيتهم ممن يعملون في الوظائف الفنية (٤, ٢٨٪). وفي دراسة العنزي (٢٠٠٤) كان العود يزداد في الفئة العمرية (٣٥ ـ ٤٥) سنة بما نسبته (٢, ٣٥٪). وأن العود يتركز لدى العزاب غير المتزوجين بما نسبته (٢, ٥١٪). غالبية العائدين (٩, ٦٩٪) والداهم من غير المتعلمين. كما

توصلت دراسة الفالح (١٩٨٩) إلى أن الفئة العمرية لمتعاطي المخدرات ما بين (٣٠ـ٣٩) سنة من العزاب وأصحاب المستوى التعليمي المتدني. وفي دراسة العنزي (١٩٩٩) كان المدمنون من الفئة العمرية (١٨ـ٣١) بما نسبته (٤٥٪)، ويعيشون في المناطق الحضرية (٧٨٪)، ومن غير المتزوجين (٥٣,٢٪)، ومن مستوى تعليمي متدن (٧٠٪)، وأن أقل من نصف العينة بلا عمل، وأن مستوى الدخل لدى معظمهم هو أقل من (٣٠٠٠) ريال شهرياً.

كما تتفق هذه الدراسة مع الدراسات التي طبقت على الشباب في دول مجلس التعاون الخليجي، ففي دراسة القشعان والكندري (٢٠٠٣) وجد أن ما نسبته (٤٥٪) من المدمنين هم دون سن الثلاثين. و أن بداية الإدمان عادة تبدأ عند سن ١٩,٥ سنة. كما أشارت دراسة الصالح وإسماعيل (١٩٩٤) أنه بلغ متوسط الأعمار (٢٤) سنة، ويتراوح أعمارهم من ١٨ـ٣٨ غالبيتهم من العزاب، ومن طلبة المرحلة الإعدادية، ولهم تاريخ أسري سلبي، كما أن غالبيتهم يقيمون في بيوت ذوي الدخل المحدود. كما أشارت دراسة المرزوقي وآخرون (١٩٩٥) أن (٦٠٪) من المدمنين يبلغ متوسط أعمارهم (٢٧) سنة، وما نسبته (٣٧٪) متزوجون. وكشفت دراسة الكندي (١٩٩١) أن غالبية متعاطي الكحول في سلطنة عمان هم من الذكور باستثناء أنثى واحدة، وتتراوح أعمارهم ما بين ٢٥ـ٣٠ سنة، وغالبيتهم من غير المتزوجين. كما أشارت درباس والحداد (٢٠٠١) إلى أنه كان متوسط أعمار المدمنين في مملكة البحرين (٣٢,٧) سنة، وغالبيتهم من العزاب، والعاطلين عن العمل، ومن أصحاب المؤهلات الثانوية فما دون.

كما تتفق مع بعض الدراسات التي طبقت في بعض المجتمعات العربية، منها دراسة المرزوقي وآخرون (١٩٩٦) عن المدمنين في لبنان، ودراسة

عبدالرحيم ومسلم (١٩٩٦) عن المتعاطين في سوريا ، ودراسة بكاره (١٩٩٤) عن الشباب المتعاطي في ليبيا، ودراسة عبدالجواد وآخرين (٢٠٠٠) وفي دراسة أبي العزم (٢٠٠٤) وما توصلت إليه هاتان الدراستان عن خصائص المدمنين في مصر .

د ـ ظروف العود للإدمان

١ ـ جاء ترتيب توزيع العائدين للإدمان حسب مدة الإقامة بالمؤسسة العلاجية، في المرتبة الأولى من يقيمون مدة شهر ، وجاء في المرتبة الثانية من يقيمون لمدة شهرين، وفي المرتبة الثالثة من يقيمون لمدة ثلاثة اشهر، وفي المرتبة الرابعة من يقيمون لمدة أربعة أشهر وفي المرتبة الخامسة من يقيمون لمدة خمسة أشهر .

٢ ـ جاء في المرتبة الأولى من حضروا للعلاج عن طريق أسرهم، وجاء في المرتبة الثانية من يحضر بواسطة المدمن نفسه، وجاء في المرتبة الثالثة من يحضر عن طريق أصدقائه، عن طريق جهة مختصة بمكافحة المخدرات، وجاء في المرتبة الرابعة من يحضر عن طريق مستشفى أو مركز صحي، وجاء في المرتبة الخامسة من يحضرون من جهات أخرى كالمباحث أو الشرطة أو المؤسسة التعليمية .

٣ ـ جاء في المرتبة الأولى من يحضر لتلقي العلاج وهو في حالة طبيعية، وفي المرتبة الثانية من يحضر وهو في حالة إعياء إلى حد ما، وفي المرتبة الثالثة من يحضر وهو في حالة إعياء شديد، وفي المرتبة الرابعة من يحضر وهو فاقد الوعي، وفي المرتبة الخامسة من يحضر وهو في غيبوبة تامة .

٤ ـ جاء في المرتبة الأولى العائدون بهيئة رثة جداً، وفي المرتبة الثانية العائدون بهيئة طبيعية ، وفي المرتبة الثالثة العائدون وهم في حالة عدم إدراك جزئي أو كلي . وفي المرتبة الرابعة العائدون وهم يعانون من رعشة خطيرة، وفي المرتبة الخامسة نجد العائدون بتلف كلي . مما يعني أن أغلب الأعراض ذات طبيعة سلبية من الناحية الصحية والعقلية على العائدين .

هـ ـ العوامل المؤثرة في حدوث العود للإدمان لدى المدمنين

توصلت الدراسة إلى أنه قد جاء في المرتبة الأولى عامل عدم التزام المدمن مسبقاً ببرامج الرعاية اللاحقة بما نسبته (١٠٠٪)، وفي المرتبة الثانية كان عامل عدم انتظام المدمن في خطة علاجية، وعامل تركيبة وسمات العائد الشخصية بما نسبته (٧, ٩١٪) . وفي المرتبة الثالثة جاء عامل انتشار البطالة وزيادة أوقات الفراغ بما نسبته (٦ ,٨٦٪)، وفي المرتبة الرابعة جاء عامل الارتباط القوي بجماعات الأصدقاء بما نسبته (٤ ,٨٣٪) ، وفي المرتبة الخامسة جاء عامل خلل في التركيب البنيوي للأسرة بما نسبته (٦ ,٨٢٪) . وفي المرتبة السادسة جاء عامل ضعف الرقابة من الأسرة بما نسبته (٩ , ٧٤٪)، وفي المرتبة السابعة جاء عامل عدم وجود توعية كافية بخطورة الإدمان بما نسبته (٧, ٦٧٪) . وجاء في المرتبة الثامنة عامل عدم القدرة على المصارحة بحاجة المدمن للعلاج بما نسبته (٨, ٦٦٪) . وجاء في المرتبة التاسعة عامل تحول الإدمان لمرض نفسي أو عقلي بما نسبته (٤ ,٥٨٪) . وجاء في المرتبة العاشرة ثلاثة عوامل بما نسبته (٩ , ٤١٪) لكل منها وهي عامل الخوف من الفضيحة والعار ، وعامل ضعف الاتزان العقلي، وعامل زيادة درجة الاعتمادية الذاتية . وجاء في المرتبة الحادي عشرة عامل عدم فاعلية المؤسسات العلاجية بما نسبته (٢ , ٣٣٪) .

إن العوامل المؤدية للإدمان عموماً قد تكون العوامل نفسها التي يمكن أن تؤدي وتسهم في حالة العود للإدمان. وبالتالي في ضوء ما سبق من الدراسات ومن خلال نتائج الدراسة الميدانية الاستطلاعية، يمكن تصنيف العوامل المؤثرة في العود للإدمان وفقا لما يلي:

ـ قضاء وقت الفراغ

من العوامل المؤثرة في ظاهرة العود للإدمان كما يراه مسؤولو المؤسسات العلاجية في العالم العربي، جاء في المرتبة الثالثة جاء عامل انتشار البطالة وزيادة أوقات الفراغ بما نسبته (٨٦,٦٪). وفي المرتبة الرابعة جاء عامل الارتباط القوي بجماعات الأصدقاء بما نسبته (٨٣,٤٪). وجاء في الجوانب التي يجب التركيز عليها لمعالجة ظاهرة العود للإدمان في المرتبة الثالثة إعادة تنظيم مؤسسات شغل أوقات الفراغ. و في المرتبة السادسة إصدار التشريعات المنظمة لسفر الشباب للخارج. ونجد أن مثل هذه النتيجة تتفق مع نتائج عدد من الدراسات السابقة.

فقد أثبتت بعض الدراسات الميدانية التي أجريت على المدمنين أن قضاء الشباب لأوقات الفراغ في أمور لا تعود عليهم بالنفع من الأسباب الرئيسية المؤدية إلى الإدمان (انظر: الرويس، ١٩٩٥ـ والسدحان، ١٩٩٥، العنزي، ١٩٩٩). كما أكدت دراسة عبدالجواد وآخرين (٢٠٠٠) أن الفراغ يمثل عاملاً مهما للتعاطي والإدمان. كما أن هناك بعض الدراسات التي أثبتت أن هناك بوابات محددة تسهم في تعاطي المخدرات وبخاصة في أوقات الفراغ وفي سن مبكرة، وابرز هذه البوابات:

١ ـ التدخين: فإن تدافع كثير من المراهقين نحو التدخين هدفه إبراز الذات والتحدي والسعي للحصول على صورة لذواتهم تعطيهم

شيئاً من النشوة التي يبحثون عنها وتدفعهم للبحث عن درجات أعلى من النشوة واللذة فيتولد لديهم الاستعداد لتعاطي المخدرات وتزول الحواجز الأخلاقية والقانونية وأشار أحد الباحثين (Johnston 1996) إن تعلم تدخين السجائر هو التدريب المبكر لتعلم تدخين الماريون (الحشيش). كما أشارت دراسة القشعان والكندري (٢٠٠٣) إلى أن ما نسبته (٥٧,٧٪) يرون أن التدخين كان مقدمة لإدمان المخدرات والمسكرات. كما أثبتت دراسة المشعان وخليفة (٢٠٠٢) وجود اقتران بين تعاطي المواد المؤثرة مثل التدخين والأدوية والمخدرات والكحوليات وبين ارتكاب العديد من الانحرافات السلوكية داخل المدرسة خاصة مثل الغش في الامتحان والشجار مع المدرسين والهروب والسرقة والشجار مع الوالدين. كما أشارت دراسة المرزوقي وآخرين (١٩٩٥) إلى أنه من العوامل المهمة لإدمان المخدرات تدخين التبغ في سن مبكرة. كما لاحظت دراسة المرزوقي وآخرين (١٩٩٦) تأثير تعاطي التدخين في سن مبكرة على الإدمان في لبنان.

٢ - الكحول: تدل الدراسات العلمية ومنها دراسة (Kandel,eral 1992) ودراسة الضحيان والمطيري (١٩٩٦ أن استخدام المخدرات يبدأ بتعاطي البيرة والخمرة وكذلك ما توصلت إليه دراسة Al -Nahedh (١٩٩٩) من وجود علاقة بين تعاطي المخدرات وتعاطي الكحول. كما لاحظت دراسة المرزوقي وآخرين (١٩٩٦) تأثير تعاطي الكحول على المدمنين في لبنان.

٣ - التشفيط: حيث دلت الدراسات على أن غالبية متعاطي المخدرات جربوا التفشيط للمواد الطيارة قبل دخولهم تعاطي المخدرات (انظر

Al -Nahedh 1999 ، السدحان، ١٩٩٨ـ عبداللطيف، ١٩٩٢).

وقد أشار السعد (١٩٩٦) إلى خطورة جماعة الأصدقاء في العودة للإدمان. كما اتفقت كثير من الدراسات على تأثير الأصدقاء في العودة للإدمان. كما يعتبر سفر الأبناء إلى الخارج وسرعة التنقل من الأسباب التي سهلت لهم إمكانية الحصول على الجنس والمخدر بعيداً عن رقابة الأهل. كما تبين أن العمالة الأجنبية هي من أخطر المصائب التي ابتليت بها مجتمعاتنا المحافظة حيث ينقل العمال الأجانب إلى الأسر التي يعيش فيها تقاليدهم وعاداتهم فكان للعمالة الأجنبية باع طويل في تهريب المخدرات والترويج لها (أنظر: العبيدي، ١٩٩١: ١٠٠ـ١٠٢).

والفراغ عند المراهق الذي لا يقدر قيمة للوقت، وقرناء السوء من العوامل المهمة في الإدمان، وكانت دراسة عبداللطيف (١٩٩٢) والتي طبقت على عينة بلغت (٨٠) من الأحداث قد أشارت إلى أن من أهم العوامل الاجتماعية التي كان لها تأثير على تعاطي الأحداث للمخدرات:

١ ـ عدم وجود رقابة من الوالدين.

٢ ـ تعاطي أحد أفراد الأسرة.

٣ ـ القسوة في المعاملة.

٤ ـ عدم أداء الوالدين لواجباتهم الدينية.

٥ ـ التدليل الزائد.

وأن معظم هؤلاء الأحداث هم من سكان المناطق الشعبية. كما لاحظنا من عرضنا للعديد من الدراسات السابقة، التي كان كثير منها يرى أن بداية التعاطي ومن ثم الإدمان بدأت في سن المراهقة إلى حد كبير.

ولا شك أن هناك اتفاقاً كبيراً بين الدراسات العربية على تأثير الفراغ في التعاطي والإدمان، منها دراسة السعيد (١٩٨٩) عن أن من أسباب تعاطي للحشيش، مجارات أصدقاء السوء، وأيدتها دراسة الفالح (١٩٨٩) من أن أهم العوامل الاجتماعية لتعاطي المخدرات هي:

١ ـ مخالطة أصدقاء السوء.

٢ ـ وقت الفراغ.

وكذلك دراسة إسماعيل والصالح (١٩٩٠) إلى أنه من العوامل المهمة لإدمان المخدرات لدى الشباب، تدخين التبغ في سن مبكرة، الإحساس بالفراغ والملل، تعاطي الصديق للمخدرات، كثرة أسفار المراهقين. كما أشار الكردي وآخرون (١٩٩٠) إلى الدور الذي لعبه الأصدقاء في تعلم إدمان وتعاطي المخدرات في المجتمع القطري.

كما توصلت دراسة الحمادي (١٩٩٣) إلى أن من أسباب العود للإدمان، وجود بعض الأصدقاء الذين يتعاطون، ورؤيته لأصدقائه وجلوسه معهم عند تعاطيهم. وهذا يتفق مع ما توصلت إليه دراسة العشماوي (١٩٩٤) من أن وجود الأصدقاء الذين شجعوا المتعاطي على العود. وعن أسباب الانتكاسة لدى مدمن الهيروين نجد أن دراسة أبو شهبة (٢٠٠٤) أوضحت الدور المهم للفراغ والصحبة السيئة في ذلك إذ توصلت دراسته إلى أن من أسباب تعاطي الهيروين في المرة الأولى، حسب الاستطلاع، الرغبة في التجريب، مجاراة الأصدقاء، قتل الفراغ، الرجوع للصحبة السيئة . ونجد ذلك أيضاً في دراسة الريس (١٩٩٥) أن ما نسبته (٨٩,٣٪) عادوا إلى الاختلاط مع أصدقائهم بعد خروجهم من مستشفيات الأمل في الفترة الماضية. وما نسبته (٨٤٪) لديهم أصدقاء يتعاطون

المخدرات . وقد أكد ذلك أيضاً ما أشار إليه العتيبي (١٩٩٩) بأن (٣١٪) من عينة الدراسة من العائدين للإدمان يرون أن رفقاء السوء هم سبب انتكاستهم . وكذلك ما توصلت إليه دراسة عبدالجواد وآخرون (٢٠٠٠) أن الفراغ يمثل عاملاً مهما للتعاطي والإدمان، كما توصلت الدراسة إلى أن التعاطي في سن مبكرة يبدأ مع الأصدقاء، وأن الأصدقاء هم مصدر المعلومة الأولى عن المخدرات بالنسبة للمبحوثين . كما أشارت دراسة المرزوقي وآخرين (١٩٩٥) عن ظاهرة إدمان المخدرات في مجتمع الإمارات العربية المتحدة، إلى أن ما نسبته (٧٧٪) من المتعاطين كان بصحبة أصدقاء ولديهم أصدقاء يتعاطون المخدرات، الإحساس بالفراغ والملل . كثرة أسفار المراهقين . كما توصلت دراسة عبدالرحيم ومسلم (١٩٩٦) إلى أن من أهم أسباب التعاطي في سوريا، مجاراة الأصدقاء، والرغبة في التقليد .

ـ الأوضاع الأسرية

من العوامل المؤثرة في ظاهرة العود للإدمان كما يراه مسؤولو المؤسسات العلاجية في العالم العربي ، نجد أنه قد جاء في المرتبة الخامسة جاء عامل خلل في التركيب البنيوي للأسرة بما نسبته (٦, ٨٢٪) . وفي المرتبة السادسة جاء عامل ضعف الرقابة من الأسرة بما نسبته (٩, ٧٤٪) . وجاء في المرتبة الثامنة عامل عدم القدرة على المصارحة بحاجة المدمن للعلاج بما نسبته (٨, ٦٦٪) . وجاء في الجوانب التي يجب التركيز عليها لمعالجة ظاهرة العود للإدمان في المرتبة الخامسة إعداد الخطط العاجلة لإعانة أسر العائدين أو المتوقع عودتهم . وفي المرتبة السابعة معالجة الآثار الناجمة عن الفقر والحاجة لدى أسر العائدين . ونجد أن مثل هذه النتيجة تتفق مع نتائج عدد من الدراسات السابقة .

حيث تعد الأسرة هي الملجأ الذي سيعود إليه كل مرتكب لسلوك انحرافي مجرماً أو مدمناً، وبالتالي فهي إما قد تكون عاملاً مهماً في إقلاع الفرد المدمن، أو قد تكون عاملا رئيساً بل ومؤثراً في عودته للإدمان. فقد أشارت بعض الدراسات إلى أن الأسرة بتركيبها البنيوي وبضعف أدائها لوظائفها والتغير الحاصل لها أثر على قدرتها على السيطرة على أبنائها ومتابعتهم. إضافة إلى أن أوضاع الأسرة العربية أصبحت من الصعوبة بمكان أن تقوم بدور رئيس في مجال المتابعة والتوجيه لأبنائها بمختلف مراحلهم العمرية خاصة في ظل تدني فرص البحث عن لقمة العيش وصعوبتها في كثير من المجتمعات. وبالتالي عدت الأسرة من المؤسسات الاجتماعية التي تساعد على حدوث هذه الظاهرة في حالة إصابتها بالتصدع والتفكك.

ولا شك أن للتنشئة الاجتماعية دوراً مهماً في الإدمان، فمن خلال عدد من الدراسات وجد أن الحياة الأسرية لأسر المدمنين هي التي تتسم بأي مما يلي:

١ ـ الغياب الطويل للأب أو الأم عن الأبناء.
٢ ـ الأب أو الأم المعادي، أوأن يكره أحد الأبناء أحد الأبوين.
٣ ـ أن لا يتم الدور الأبوي السليم، وعدم وجود القدوة الوالدية الحسنة.
٤ ـ العلاقات الأسرية الأبوية المنهارة، وكثرة الخلافات الأسرية.
٥ ـ التنافر والاضطراب الزائد بين الأبوين، والتفكك الأسري والطلاق بين الأبوين (منصور، ١٩٨٦: ٦٩).

كما أن التنشئة الأسرية على علاقة وثيقة بالعود للانحراف، حيث إن الآباء الذين يتدخلون في علاقة الأبناء بالآخرين عند شغل وقت فراغهم

يقلل ذلك من الانحراف وبالتالي العود للانحراف والعكس صحيح، كما أن متابعة الأبناء وأسلوب التنشئة المفتوحة بين الآباء والأبناء يسهم في لجوء الأبناء لآبائهم لطلب النصح والمشورة، كما كان غالبية الأحداث العائدين هم من الوسط الذي عادة ما يقل فيه اهتمام الأباء بأبنائهم (العتيبي، ١٩٩١). كما أكدت الدراسات التي قام بها المرزوقي وآخرون (١٩٩٦) في عدد من الدول العربية (السعودية، لبنان، دولة الإمارات العربية المتحدة)، وجود شبه اتفاق على الوضع الأسري للمدمنين والتي من أهمها أنهم قد بدؤوا التعاطي في سن مبكرة، وغالبيتهم من مواليد وسكان المدن، وأن كثيراً منهم فاقد لأحد الأبوين. كما كان من أسباب الانتكاسة لدى مدمن الهيروين في دراسة أبو شهبة (٢٠٠٤) انفصال الوالدين، قسوة الوالدين أو أحدهما.

وقد أيد أهمية وقوة تأثير الأوضاع الأسرية على العود للإدمان عدد من الدراسات الميدانية. منها ما توصلت دراسة الحمادي (١٩٩٣) إلى أن من أسباب العود للإدمان، الاضطهاد من الأهل. ودراسة إسماعيل والصالح (١٩٩٠) إلى أنه من العوامل المهمة لإدمان المخدرات:

١ - تدني مستوى تعليم المدمن والأبوين والأصدقاء.

٢ - تفكك الأسرة بسبب وفاة الأب.

٣ - أن يكون الأب متسلطاً.

كما كشفت دراسة الريس (١٩٩٥) أن ما نسبته (٧٦٪) يعانون من مشكلات أسرية، ما نسبته (٤٥٪) لم يتلقوا مساعدات أسرية. كما كشفت دراسة أبي العزم (٢٠٠٤) إلى أن هناك عوامل أسرية تلعب دوراً في دفع الابن إلى الدخول في دائرة الإدمان منها: انخفاض مستوى تعليم الأب

والأم، كثرة عدد الأبناء، عدم الإقامة مع الوالدين كالطلاق أو الوفاة لأحدهم، سوء المسكن من حيث المستوى والحي والحجم. وكذلك كشفت دراسة المرزوقي وآخرين (١٩٩٥) إلى أنه من العوامل المهمة لإدمان المخدرات، تدني مستوى تعليم الأبوين، وتفكك الأسرة بسبب وفاة الأب، تسلط الأب. وكذلك كشفت دراسة سعيد والخزرج (١٩٩٦) إلى أن العوامل الاجتماعية المتردية من حي ومسكن في سنوات الطفولة والمراهقة، والشكل العام الذي اقترب من مفهوم الأسر المتصدعة وما نجم عنه من ضعف الرقابة الأسرية، كل هذا ساعد في اتجاه الأشخاص إلى تعاطي المخدرات.
كما توصلت دراسة كل من Yates,W. R,B. M. Booth. D. A Reed K. Browm, and B. J. Mastewson ١٩٩٣، أن من يقعون في دائرة معاودة الشرب هم من يفتقرون للدعم الاجتماعي في بيئتهم. كما قدمت دراسة جمعة (١٩٩٥) وصفاً لبعض الأوضاع الاجتماعية لعينة من المدمنين على المخدرات الطبيعية من طلاب الجامعات المصرية. كما أجاب ما نسبته (١٦ , ٥١٪) أن التعاطي أثر عليهم أسرياً وزاد من الشجار بينهم وبين والديهم. كما أجاب (٤٢ , ٢٢٪) بأن المخدرات كانت سبباً في تركهم لمنزلهم والابتعاء الدائم عن الأهل. كما كشفت دراسة أبو شهبة (١٩٩٠) أن هناك علاقة بين انتكاس مدمن الهيروين والمحيط الأسري.

وعليه نؤيد ما أكدت عليه دراسة حسون (١٩٩٥) أن أهمية الدور الأسري في مساعدة الأبناء وحمايتهم من التعاطي والإدمان. ولا شك أن المشكلات الأسرية تلعب دورا بالغ الأهمية في إعاقة دور الأسرة في تربية أبنائها وتنشئتهم التنشئة الاجتماعية السليمة، ما يؤدي في نهاية الأمر إلى انجرافهم في تيار الانحراف ومنها ما ينشأ من خلاف بين الأبوين على المستوى الشخصي أو الاختلاف بأسلوب التربية الذي يجعل الأبناء في حيرة

من أمرهم فيمن يتبعون، كما أن أسلوب التنشئة الذي لا يعرف إلا القسوة والشدة في التعامل مع الأبناء دون التبصر بعواقب هذه القسوة التي تقود الأبناء إلى النفور من آبائهم وأسرهم وتجعلهم قد ينتقمون من ذلك بالوقوع بالخطأ. وعلى النقيض من ذلك استخدام أسلوب الدلال الزائد والإهمال بحجج واهية مما يجعل الأبناء يتجرؤون على الوقوع بالخطأ نتيجة هذا الضعف أو الإهمال، فهو قد أمن العقوبة أو على الأقل المحاسبة أو المتابعة. فكلا الأسلوبين يؤديان بالأبناء إلى طريق الانحراف ومنها المخدرات . . . فالوسطية عند التعامل معهم والحوار من أنجع الوسائل في تربيتهم حيث الموازنة بين الشدة دون قسوة، والحوار دون دلال زائد يذيب شخصية الأب ويضعفها عند الأبناء (حسون، ١٩٩٥ : ١٩٦-١٩٧).

ـ السمات الشخصية

من العوامل المؤثرة في ظاهرة العود للإدمان كما يراه مسؤولو المؤسسات العلاجية في العالم العربي، نجد أنه قد جاء في المرتبة الثانية عامل تركيبة وسمات العائد الشخصية بما نسبته (٧, ٩١٪). وجاء في المرتبة التاسعة عامل تحول الإدمان لمرض نفسي أو عقلي بما نسبته (٤, ٥٨٪). وجاء في المرتبة العاشرة ثلاثة عوامل وهي عامل الخوف من الفضيحة والعار، وعامل ضعف الاتزان العقلي، وعامل زيادة درجة الاعتمادية الذاتية بما نسبته (٨, ٤١٪) لكل منها. ونجد أن مثل هذه النتيجة تتفق مع نتائج عدد من الدراسات السابقة.

فقد حدد صادق (١٩٩٩) أكثر الشخصيات تأثراً بالإدمان وبالتالي المحتمل عودتها ومنها الشخصية الاكتئابية، الشخصية الانطوائية، الشخصية المكروبة، الشخصية السيكوباتية. كما فسر السيد (٢٠٠٤)

الاضطرابات النفسية لدى المدمنين وأكد على وجود أمراض نفسية لدى المدمنين بصورة أكثر من غير المدمنين، وقد لجأ إلى الإدمان للتخفيف من المعاناة النفسية أو ما يسمى بالتطبيب الذاتي.

ولقد أشارت إحدى الدراسات إلى أن النماذج الأصلية لتعاطي المخدرات قد جاءت وفقاً لما يلي:

١ ـ الشباب الذين يحبون المخدر حباً في الاستطلاع.

٢ ـ المتعاطون اجتماعياً: حيث يتناول المخدر كسبيل للمشاركة في حادث اجتماعي ما.

٣ ـ التعاطي الدوائي: تناول المخدر لتخفيف القلق، أو التوتر، أو التمتع بتجربة المخدر ذاتها.

٤ ـ التعاطي الإدماني: وهو تجربة شخصية أيضاً وهو اعتماد على مادة مخدره (المصري، ٢٠٠١: ١٥٤).

وقد حددت إحدى الدراسات (Chaplin, 1985) السمات الشخصية التي ترتبط بهذا النوع من السلوك فإنها ترتبط بهذه الأنواع من الشخصيات:

١ ـ الشخصية الاكتئابية: Depressive Personaltiy ومن سمات هذه الشخصية (فقدان الرغبة أو الاستمتاع في أنشطة الحياة اليومية، قلة مستوى النشاط، الانسحاب الاجتماعي، الكآبة والتشاؤم). وبالتالي في ظل هذه السمات يجد صاحب الشخصية نفسه مضطرا لتناول المخدرات لترفع معنوياته وتثير لديه السرور.

٢ ـ الشخصية القلقة: Stressed Personaltiy ومن سماتها (القلق المستمر، عدم الاستقرار، سهولة الاستثارة، العصبية والاندفاع، عدم الصبر)، وهذا النوع يجد أن المواد المخدرة تزيل عنه

التوترات وتجعله هادئاً بارداً ومتأنياً، وهو كذلك نوع من الوهم والمرض النفسي الذي يقوده إلى سلوك عدواني ومنه السلوك الإدماني.

٣- الشخصية السيكوباتية: Psychopathie Personaltiy ومن سمات هذه الشخصية (التهرب من أداء الواجب، الجنوح، التخريب، انتهاك المعايير الاجتماعية، الاندفاعية، العدوانية، اضطراب السلوك، عدم القدرة على التخطيط).

وبالتالي يتضح أن السمات الشخصية لها دور مهم في العود للإدمان حسب النموذج الذي بموجبه يتعاطى المخدرات. وقد أشار لذلك العديد من الدراسات السابقة، فمثلاً أشارت دراسة أبي العزم (٢٠٠٤) أن هناك سمات نفسية تدفع الفرد للإدمان أو العود إليه مثل القلق والتوتر والخوف والغضب والحرمان. كما أشارت دراسة أبي شهية (٢٠٠٤) إلى أن من سمات الأسر التي تتسم بالعنف أن القائمين بالعنف هم ممن يتعاطون المخدرات أو الخمور بما نسبته (٥ , ٥٧٪)، وهو ذو علاقة من جانبين أي أن الإدمان يؤدي إلى العنف، ويدفع لسرعة القيام به، وفي نفس الوقت أن الجو المتصدع واستمرار العنف يهيج الشخص ويزيد من تعاطي المخدرات أو قد تسهل عودتها إليه، إذا ما ارتبط ذلك بسمات شخصية معينة في شخصية الفرد. كما كان من أسباب الانتكاسة لدى مدمن الهيروين، ضعف الإرادة، القابلية للاستهواء، التخفف من القلق النفسي الذي يحدث بعد العلاج.

كما توصلت دراسة عبدالباقي (١٩٩٢) إلى أن الصحة النفسية لدى مدمني الهيروين الذين استمروا في التعاطي من عامين إلى أربعة أعوام تبدو في المتوسط صفحة نفسية تختلف عن صفحة العاديين، كما لوحظ ارتفاع

درجة الكذب والدفاعات لدى المدمنين ، وكذلك ارتفاع درجة البارنويا والاكتئاب، وكذلك عدم وجود انحراف سيكوباتي لدى المدمنين.

كما كشفت دراسة إسماعيل والصالح (١٩٩٠) إلى أن من العوامل المهمة لإدمان المخدرات المفهوم السلبي للذات. كما كشفت دراسة ملر ووستيرغ Miller,Westerberg, عام ١٩٩٦ إلى أنه من أهم العوامل المؤثرة في العودة للإدمان، عدم التوازن النفسي، ضغوط الحياة الشديدة، الفاعلية الذاتية. وقد أكد ملر Miller على أهمية متابعة الحالة المزاجية للمدمن والتي قد تساعد على اكتشاف مقدار العود للإدمان. كما أشار ملر Miller إلى أن وجود مهارات العلاج الذاتي لها دور في نجاح التدخلات العلاجية، بحيث كلما كان لدى المدمن قدرة في مهارة العلاج الذاتي كلما قلت عودته للإدمان. حيث توصل إلى وجود ارتباط عكسي بين امتلاك المهارات الذاتية للعلاج وظاهرة العود للإدمان. وكذلك دراسة ملهوترا وباسيو Malhotra,Malhotra,Basu, ١٩٩٩م. التي توصلت إلى أن الحالة النفسية، وتغير المزاج العقلي، من العوامل التي تزيد من العود. وكذلك دراسة ستيف وبل ومايك ,عام ٢٠٠٠ Steve,a& Bill,S& MikePhم. والتي توصلت إلى أن الفاعلية الذاتية والتوازن العقلي أكثر العوامل تأثيراً في العود لإدمان الكحول. كما أكدت دراسة باربر وكوني ولورلز Barbor,Coony,Lauerman,عام ١٩٨٧م أن هناك ثلاثة عوامل مهمة تؤثر في العود للإدمان، منها أن يكون له تاريخ من الأمراض النفسية.

كما أشارت دراسة المرزوقي وآخرين (١٩٩٥) عن ظاهرة إدمان المخدرات في مجتمع الإمارات العربية المتحدة، إلى أن أكثر من ثلث المدمنين يعانون من اختلالات نفسية. وأنه من العوامل المهمة لإدمان المخدرات، المفهوم السلبي للذات.

ــ عدم فاعلية الرعاية اللاحقة

من العوامل المؤثرة في ظاهرة العود للإدمان كما يراه مسؤولو المؤسسات العلاجية في العالم العربي، نجد أنه قد جاء في المرتبة الأولى عامل عدم التزام المدمن مسبقاً ببرامج الرعاية اللاحقة بما نسبته (١٠٠٪). وفي المرتبة الثانية كان عامل عدم انتظام المدمن في خطة علاجية بما نسبته (٩١,٧٪). وفق بيانات الجدول رقم (٢١). كما توصلت إليه الدراسة من أنه يجب التركيز على برامج الرعاية اللاحقة للحد من العود للإدمان وفق ما أشارت إليه بيانات الجدول رقم (٢٢). ونجد أن مثل هذه النتيجة تتفق مع نتائج عدد من الدراسات السابقة.

فقد كان من الحجج التي رفعها الفريق المعارض لبرامج الرعاية اللاحقة هو فشلها في الحد من العودة للانحراف، رغم أن الأهداف الرئيسة لها هو مساعدة الفرد على التوافق من جديد مع المجتمع ومساعدته في عدم العود للانحراف. إلا أن المناقش لمثل هذه الرؤية لا يدرك طبيعة السلوك الإنساني العادي والانحرافي في تكونه من عدد من الجوانب التي لا يمكن تعديلها بسرعة أو بنظرة جزئية، فمثلا النظر للإنسان أصبح ذا بعداً نسقياً بحيث يعد الإنسان ذاته نسقاً ووحداته المختلفة المكونة لشخصيته أنساقاً فرعية وهناك كثير من التساند فيما بينها. كما أشارت بعض الدراسات إلى أن البرامج الوقائية للرعاية اللاحقة تسهم في تعديل اتجاهات الأحداث من متعاطي المخدرات أو التدخين، إضافة إلى تعديل اتجاهاتهم نحو التمرد على الأسرة، ومخالطة رفقاء السوء، أو الهروب من المدرسة أو التشرد أو السرقة(العجمي، ١٩٩٦).

بمعنى آخر فإن برامج الرعاية اللاحقة ثبت نجاحها في كثير من

السلوكيات المنحرفة ولا يعني عدم نجاحها في الوطن العربي عدم فاعليتها، بل قد تكون الأوضاع لم تهيأ في أساسها لإنجاح برامج الرعاية اللاحقة.

وفي مجال تأثيرها في العود للإدمان لعل من أهم النتائج دراسة كل من الريس (١٩٩٥)، ودراسة درباس والحداد (٢٠٠١) ما يؤكد أهمية الرعاية اللاحقة في العود للإدمان، إذا أشارت تلك الدراسات إلى أن نقص البرامج العلاجية وبالذات الرعاية اللاحقة لها دور في العود للإدمان. كما كشفت دراسة العشماوي (١٩٩٤) إلى أن من أسباب فشل العلاج عدم تكملة كل أنواع العلاج.

ـ البطالة والفقر

من العوامل المؤثرة في ظاهرة العود للإدمان كما يراه مسؤولو المؤسسات العلاجية في العالم العربي، نجد أنه قد جاء في المرتبة الثالثة جاء عامل انتشار البطالة بما نسبته (٦,٨٦٪). وجاء في الجوانب التي يجب التركيز عليها لمعالجة ظاهرة العود للإدمان في المرتبة الرابعة إيجاد معالجة جادة لظاهرة البطالة. ونجد أن مثل هذه النتيجة تتفق مع نتائج عدد من الدراسات السابقة.

فالعمل والبطالة على طرفي نقيض، فالعمل يقوي من إرادة البناء والبطالة تثبّط من همته، والعمل عصب التنمية والإنتاج وهو بدوره السبيل إلى التقدم والرخاء. فإذا كانت البطالة ظاهرة لها مقدماتها الاقتصادية وهي تعيق عملية التنمية وتؤدي إلى مشكلات اجتماعية أخرى متعددة، فإن انتشار المخدرات يستهدف التهام حصاد العملية الإنتاجية وسوء استعمالها يؤدي إلى إضعاف القدرة على الأداء والتقليل من دقته ووصول العامل

المتعاطي أو المدمن إلى حالة من الإحساس بالضياع والشعور باللامبالاة والاغتراب عن مواقع الإنتاج والأسرة والأبناء والمجتمع .

و يعد إنفاق المتعاطي لمعظم دخله و لجوئه للاستدانة من أجل الحصول على الجرعة ، من أسوأ الآثار على اقتصاد الفرد و الأسرة ، وغالباً ما يلجأ المدمن إلى السرقة كأسلوب لتأمين المال بدل العمل الشريف . كذلك يؤدي إدمان أحد الأفراد في الأسرة إلى حرمانها من الشعور بالأمان الاجتماعي و الخوف المستمر من ضياع الأموال وهدرها إلى جانب تهديد أمنها حاضراً ومستقبلاً .

كما أشارت دراسة العتيبي (١٩٩١) التي طبقت على عينة من العائدين للانحراف إلى أنه من العوامل المؤثرة في العود العامل الاقتصادي . وكذلك دراسة الحمادي (١٩٩٢) من أن أسباب العود عدم الحصول على وظيفة والظروف المادية الصعبة . كما توصلت دراسة كل من Yates, Booth. Reed, Browm, and Mastewson 1993 ، أن من يقعون في دائرة معاودة الشرب يتسمون بمكانة اجتماعية واقتصادية منخفضة .

وقد تشكل البطالة تربة خصبة لتنامي مشكلة سوء استعمال المخدرات خاصة بين الشباب العاطلين ، ومما يساعد على ذلك تهميش مجتمع الكبار لهم فيجعل قابليتهم للوقوع في خبرات التعاطي أكثر احتمالا . والجدير بالذكر أن ٣٠٪ من قوة العمل في العالم معطلة عن الإنتاج ، وهناك أكثر من ١٢٠ مليون نسمة مسجلون كعاطلين ، وهناك أيضا ٧٥ مليون نسمة يطلبون العمل . وهؤلاء غير ملايين الأفراد غير المسجلين ، إلا أن كثيرا من هؤلاء يقومون بأعمال في القطاع غير الرسمي مما قد يقلل نسبيا من غلو المشكلة . وهذا يتفق مع ما توصلت إليه دراسة المرزوقي (١٩٩٤) من أن

الفراغ والبطالة والفقر من العوامل المؤثرة في الإدمان بنسبته (٦ , ٣٥٪) .
ودراسة الريس (١٩٩٥) أشارت إلى أن ما نسبته (٥ , ٨٩٪) من المنتكسين واجهوا صعوبة في الحصول على عمل .

ـ تدني خدمات المعالجة

من العوامل المؤثرة في ظاهرة العود للإدمان كما يراه مسؤولو المؤسسات العلاجية في العالم العربي ، نجد أن عدم وجود توعية كافية بخطورة الإدمان قد جاء في المرتبة السابعة بما نسبته (٧ , ٦٧٪) . وجاء في المرتبة الحادية عشرة عامل عدم فاعلية المؤسسات العلاجية بما نسبته (٢ , ٣٣٪) . وجاء في الجوانب التي يجب التركيز عليها لمعالجة ظاهرة العود للإدمان في المرتبة الأولى زيادة برامج التوعية المباشرة للمدمنين . وفي المرتبة الثانية الإعداد المهني للكفاءات المتخصصة في علاج الإدمان . و في المرتبة الثالثة التنويع في البرامج العلاجية المقننة . وفي المرتبة الخامسة إنشاء أندية الدفاع الاجتماعي ، و التوسع في المؤسسات العلاجية .

ونجد أن مثل هذه النتيجة تتفق مع نتائج عدد من الدراسات السابقة . حيث توصلت عدد من الدراسات إلى أن انخفاض الخدمات العلاجية للمدمنين لها دور مهم في الشفاء من الإدمان كلياً ، وكذلك لها تأثير في العود الإدمان . فنلحظ مثلاً أن دراسة درباس والحداد (٢٠٠١) أشارت إلى أن عدم جودة برامج معالجة المدمنين في البحرين كانت من العوامل المهيئة للعود للإدمان . وكذلك ما توصلت إليه دراسة ملر ووستيرغ Miller,Westerberg,عام ١٩٩٦ في تدني مستوى الدعم المجتمعي حيث توصل إلى وجود ارتباط عكسي بين امتلاك المهارات الذاتية للعلاج وظاهرة العود للإدمان . وكذلك ما توصلت إليه دراسة ألسون وساندرس

وفليبس وكارر Allsop,Saunders,Phillhps,Carr عام ١٩٩٧م في عدم فاعلية برامج الوقاية التقليدية . وكذلك دراسة ميشيل ودونكن ونادين Michael,Ducan,Nadine عام ٢٠٠٢ التي أكدت على أهمية برامج العلاج الذاتي ودورها في الحد من العود للإدمان . وكذلك دراسة .Yates, Booth Reed, Browm, and Mastewsonعام ١٩٩٣ والتي كان من نتائجها أن العائدين لإدمان الكحول هم ممن يتقدون للدعم الاجتماعي من بيئاتهم .

كما أشار الدخيل (٢٠٠٥) إلى أن تدني كفاءة وفاعلية المصحات العلاجية المتخصصة في علاج المدمنين في المجتمع السعودي، أسهم في عزوف فئات من المدمنين عن العلاج، كما أنها بواقعها الحالي ـ وقت إعداد الدراسة ـ لا تكفي إذا ما قورنت بحجم المشكلة، وبزيادة النمو السكاني . كما كانت دراسة الحمادي (١٩٩٢) قد توصلت إلى أن نسبة عالية من المدمنين يرون أن المستشفى العلاجي يشكل نقطة انطلاقة للعود للإدمان نتيجة للاتصال والتعارف الذي يوفره لهم . وفي دراسة الريس (١٩٩٥)، نجد أن ما نسبته (٥ , ٩٩٪) لم يتلقوا أي مساعدات من مؤسسات الرعاية الاجتماعية بعد خروجهم من المستشفى . وما نسبته (٧ , ٩٠٪) من المنتكسين أجابوا بعدم متابعة المستشفى بعد الخروج . وعن البرامج العلاجية كشفت الدراسة إلى أن ما نسبته (٣٥٪) من أعضاء الفريق العلاجي يرون بان برامج التأهيل والعلاج بالعمل المتوفرة في مستشفيات الأمل ضعيفة وغير جيدة .

وكذلك أشارت دراسة العشماوي (١٩٩٤) إلى أن من أسباب فشل العلاج مرتبة حسب أهميتها، عدم كفاءة العلاج، عدم الاهتمام من المسئولين عن العلاج، عدم توافر العلاج الجيد، بعد مكان العلاج عن محل الإقامة .

من العوامل المؤثرة في ظاهرة العود للإدمان كما يراه مسؤولو المؤسسات العلاجية في العالم العربي ، نجد أنه قد جاء في المرتبة الخامسة مجموعة من العوامل وهي ، عدم القدرة على المصارحة بحاجة المدمن للعلاج ، و الخوف من الفضيحة والعار . ونجد أن مثل هذه النتيجة تتفق مع نتائج عدد من الدراسات السابقة .

فقد عرضنا في الفصل الخاص بالنظريات لأهم أفكار النظريات الاجتماعية في تفسيرها للسلوك الانحرافي بشكل عام وعلى إدمان المخدرات بشكل خاص ، والتي اتضح مقدار تأثير البيئة الاجتماعية على إدمان المخدرات سواء من زاوية التقليد الاجتماعي ، أو التعلم الاجتماعي ، أو من جانب الاختلاص التفاضلي بين مجموعة يعيشون في الحياة الاجتماعية أو من جانب الوصم الاجتماعي . كما عرض مارلت Marlatt في نظريته للدور المهم للمواقف الاجتماعية التي يوجهها الأفراد وبخاصة المدمنين من تأثير قوي على عودتهم للإدمان عند شفائهم .

وقد أشارت نظرية تفاعل الشخص والموقف Person Situation Interacion Theory والتي اقترحها ليتمان Litman مع آخرين (١٩٧٧) أن العود للإدمان يكون نتيجة تفاعل عدد من العوامل والتي منها : (الموقف ، درجة خطورة الموقف ، مدى إدراك الفرد للموقف ، مدى ما يحمله الموقف من مثيرات ، مستوى التفاعل بين الشخص والموقف ، مهارات التأقلم مع الموقف ، القدرة على التصرف في الموقف ، مستوى العجز الذي يشعر به الفرد داخل الموقف .

وكانت دراسة وملهوترا وباسيو ,Malhotra, Malhotra,Basuعام ١٩٩٩ قد أشارت إلى اتفاق مدمني الكحول وعائلاتهم على أن القدرة والاستعداد لتحمل المواقف الضاغطة، من أهم العوامل التي تزيد من العود. كما توصلت دراسة الريس (١٩٩٥) إلى أن ما نسبته (٣, ٨٠٪) من المنتكسين يرون عدم رغبة أفراد المجتمع في التعامل معهم. وما نسبته (٧١٪) يرون أن أفراد المجتمع يميلون للسخرية منهم. كما كشفت دراسة بولس ارمور Polich,Armor ١٩٨١م، وجود عدد من العوامل المؤثرة في المواقف الضاغطة، وأن قدرات الأفراد في التصرف المواقف تختلف وفق عدد من المتغيرات، منها الحالة المزاجية والعزلة الاجتماعية والأسرة التي لها دور في العودة للإدمان. وعلى عكس هذه الدراسة توصلت دراسة حسين (٢٠٠٣) حول اتجاهات أفراد المجتمع نحو مدمني المخدرات المعالجين أو المتعافين من الإدمان، إلى ميل أفراد العينة إلى التعاطف مع من شفوا وامتنعوا تماماً من تعاطي المخدرات في حين يقل هذا الميل على مستوى التعامل الشخصي والمهني مع المتعافين.

وفي دراسته عرض عبدالحميد (٢٠٠٠) للمواقف والعوامل المرتبطة بالضغوط الاجتماعية، والتي تعد الأرضية الخصبة للعود للإدمان وفق رؤيته، وهي عبارة عن عرض لمختلف العوامل المتوقع تأثيرها في العود للإدمان، والشكل التالي يبين تلك المواقف والعوامل مصنفة حسب نوعها:

النـــوع	المـواقـــف	العـوامـــــل
العلاقات الاجتماعية	كثرة الشجار مع الآخرين	تقلص حجم المعاملات الاجتماعية
	سهولة فقدان الصداقات	الانسحاب
	الشعور بالوحدة	نقص التدعيم الاجتماعي
	الشعور بالغربة والحنين للوطن	نقص الحماية
	المواقف المرتبطة بعلاقات الجنس	القدوة السيئة
	مواقف التحدي	ضعف الثقة
		استمرار وجود مشكلات قديمة
الجوانب العلاجية	الشعور المبكر بالشفاء	تعجيل الشفاء
	الإحساس بعدم جدوى العلاج	تأثير الأعراض المتبقية
	رفض العلاج	نقص الثقة في الاستمرار في التوقف
العلاقة بالعقاقير	توفر العقاقير في الشارع	مدة الإدمان الطويلة
	الاشتياق أو الشعور باللهفة	ارتباط عقار النيكوتين بالعقاقير الأخرى
	العقار البديل	الاعتقاد بان العود لن يضر كثيراً
	الزلة أو الهفوة	
	توفر العقار في المنزل	
	تناول مادة غير معروفة	
الجوانب النفسية	أحداث الحياة الضاغطة	الكفاءة الذاتية
	الصراعات	نقص مهارات التأقلم
	الشعور بالخواء	نقص الاهتمامات وضعف الهوايات
	العناد	ضعف الإرادة
	الانهزامية	ضعف الوازع الديني والأخلاقي
	الشعور بعدم الخسارة	عدم توقع ألا متوقع
	التفعيل	
	الرغبة في اختبار القدرة	
	على التحكم مبكراً	
	المحفزات والإغراءات	

المصدر : عبدالحميد، ٢٠٠٠م ، ٩٧-١٢٧ . والجدول من تصميم الباحث

ـ تأثير وسائل الإعلام أو سلبا إيجابا على قضية الإدمان والوقاية منها

من العوامل المؤثرة في ظاهرة العود للإدمان كما يراه مسؤولو المؤسسات العلاجية في العالم العربي، جاء في المرتبة السابعة عامل عدم وجود توعية كافية بخطورة الإدمان بما نسبته (٦٧,٧٪). فالأفراد الذين لا يتعاطون المخدرات يعتمدون على وسائل الإعلام، أما الذين يتعاطون فيعتمدون على خبراتهم الشخصية وأصدقائهم، مما يؤكد أهمية الدور الوقائي لوسائل الإعلام في مرحلة ما قبل التعاطي (مرسي، ١٩٨٩ : ٨٠). أي وجود ارتباط إيجابي قوي بين حصول الأفراد على المعلومات عن المخدرات، من وسائل الإعلام واحتمال تعاطيهم لهذه المخدرات، مما يوضح الجانب السلبي من خلال التعرض لوسائل الإعلام. ويؤكد الخبراء على أن أية خطة شاملة للتوعية بمخاطر الإدمان والمخدرات ومواجهتها لا بد أن تتضمن استخداما رشيدا وتوظيفا فعالا لوسائل الإعلام الجماهيري وأنشطة الاتصال الشخصي المباشر، مما يؤكد أهمية استخدام الإعلام والمعلومات كجزء من المنظومة الوقائية والعلاجية المتكاملة للمواجهة الشاملة لقضية الإدمان والمخدرات.

كما أشارت دراسة عبدالجواد (٢٠٠٠) إلى أنه قد جاء من مقترحات المبحوثين للحد من العود للإدمان التعامل مع المتعاطي والمدمن كمريض والاهتمام بدور وسائل الإعلام في مواجهة هذه الظاهرة. كما أظهرت دراسة القشعان والكندري (٢٠٠٣) الحاجة لوضع استراتيجية تربوية توعوية واضحة المعالم للحد من انتشار هذه المسكرات والمخدرات.

كما أن معالجة بعض موضوعات الإدمان والمخدرات بصورة يغلب عليها طابع الإثارة والمبالغة أحيانا، مما يؤدي إلى فقدان الهدف التربوي أو

التحذيري من نشرها أو عرضها . فمثلاً نجد أن اتجاه بعض المسلسلات والأفلام والدراما ـ بصفة عامة ـ إلى عرض موضوعات الإدمان والمخدرات بأسلوب يضفي على المتعاطي هالة من البطولة والذكاء والشجاعة ، أو تقديمه على أنه ضحية . وتكون الفكرة المعروضة أحيانا غير حقيقية أو تعرض بشكل متناقض ، مع نقص المعلومات المتضمنة فيها أو تقديمها بشكل مشوه أو مبتور . أو تقديم بعض موضوعات المخدرات في إطار من التسلية والترفيه والإمتاع ، مما يحقق نتائج عكسية ضد الهدف التوعوي والتربوي لها (أنظر : خضور ، ١٩٩٥) .

التوصيات والمقترحات

لا شك أن اختلال الدور الاجتماعي للفرد أو حرمانه من القيام بهذا الدور من العوامل الحاسمة التي تقف وراء الإدمان على المخدرات. ومن خلال الجزء الخاص بالجوانب التي يجب التركيز عليها من وجهة نظر مسئولي المؤسسات العلاجية لمعالجة ظاهرة العود للإدمان، كما في الجدول رقم (٢٢) نلحظ أنه قد جاء ترتيب البرامج والآليات التي يمكن اقتراحها لمواجهة هذه الظاهرة، فقد جاء في المرتبة الأولى زيادة برامج التوعية المباشرة للمدمنين، وفي المرتبة الثانية الإعداد المهني للكفاءات المتخصصة في علاج الإدمان، وفي المرتبة الثالثة التنويع في البرامج العلاجية المقننة، وإعادة تنظيم مؤسسات شغل أوقات الفراغ، وفي المرتبة الرابعة إيجاد معالجة جادة لظاهرة البطالة، وفي المرتبة الخامسة إنشاء أندية الدفاع الاجتماعي، وإعداد الخطط العاجلة لإعانة أسر العائدين أو المتوقع عودتهم، و التوسع في المؤسسات العلاجية، وفي المرتبة السادسة إصدار التشريعات المنظمة لسفر الشباب للخارج، وفي المرتبة السابعة معالجة الآثار الناجمة عن الفقر والحاجة لدى أسر العائدين.

وبالتالي في ضوء ما أشارت إليه نتائج الدراسة، وفي ضوء ما أجاب عليه المسؤولون عن المؤسسات العلاجية من مقترحات وتوصيات. فإننا نعرض لبعض التوصيات العلمية والتطبيقية لعلها تسهم في التعامل مع هذه الظاهرة. فقد تناولت عدد من الدراسات العربية قضايا العلاج والوقاية من الإدمان (الدمرداش ١٩٨٢، الحارثي ١٩٨٩، إسماعيل ١٩٩١، غباري ١٩٩١، يوسف ١٩٩٧، صادق ١٩٩٩، أبو العزايم ٢٠٠٣، الأصفر ٢٠٠٤، جمعة ٢٠٠٤، الدخيل ٢٠٠٥). وما يهمنا في هذه الدراسة بعض

الأمور المرتبطة بالوقاية من العود للإدمان، وتطوير الأساليب العلاجية التي كما كشفت بعض الدراسات السابقة كما سبق أن أشرنا كانت عاملاً من عوامل العود للإدمان. حيث يهدف علاج وتأهيل المدمنين أو العائدين للإدمان إلى تحقيق حالة من الامتناع عن تناول المخدرات وإيجاد طريقة للحياة أكثر قبولا، وكذلك تحقيق الاستقرار النفسي لمدمن المخدرات بهدف تسهيل التأهيل وإعادة الاندماج الاجتماعي، إضافة إلى تحقيق انخفاض عام في استعمال المخدرات والأنشطة غير المشروعة. ويمكن أن نعرض لبعض التوصيات والمقترحات كما يلي:

أولاً: تطوير برامج علاج المدمنين: لا بد من وضع خطة لتطوير برامج علاج المدمنين بحيث تشمل الجوانب التالية:

١ ـ مرحلة التخلص من السموم: وهي مرحلة طبية في الأساس وهي مساعدة جسم المدمن على القيام بالتخلص من السموم ومحاولة التخفيف من آلام الانسحاب وتعويضه عن السوائل المفقودة ثم علاج الأمراض الناتجة لمرحلة الانسحاب وقد تتداخل هذه المرحلة من المرحلة التالية وهي العلاج النفسي والاجتماعي ويستحسن تداخل هذه المرحلة فور تحسن حالة المدمن الصحية.

٢ ـ مرحلة العلاج النفسي والاجتماعي: إذا كان الإدمان ظاهرة اجتماعية ونفسية في الأساس فإن هذه المرحلة تصبح ضرورية فهي العلاج الحقيقي للمدمن بغرض القضاء على أسباب الإدمان أو العود إليه. وتتضمن العلاج النفسي الفردي للمدمن ثم العلاج الاجتماعي والأسرى الذي تمتد إلى الأسرة ذاتها لعلاج الاضطرابات داخل أفراد الأسرة وتتضمن هذه المرحلة على تدريب المتعاطي على كيفية اتخاذ القرار وحل المشكلات ومواجهة

الضغوط وكيفية الاسترخاء والنوم الصحي كما تتضمن العلاج الرياضي ليستعيد المدمن كفاءته البدنية وثقته بنفسه، وتنمية المهارات الاجتماعية لمن يفتقد هذه المهارة.

٣ـ مرحلة التأهيل والرعاية:

أـ مرحلة التأهيل العملي: وهي تستهدف استعادة المدمن لقدرته وفاعليته في مجال عمله وعلاج المشكلات التي تمنع عودته إلى العمل أو محاولة تدريبه أو تأهيله لعمل آخر حتى يستطيع أن يمارس الحياة بشكل طبيعي.

بـ مرحلة التأهيل الاجتماعي: وهي إعادة دمج المدمن في الأسرة والمجتمع ويعتمد العلاج هنا على تحسين العلاقة بين المدمن والأسرة والمجتمع وتدريبها على تقبل وتفهم كل منهما للآخر ومساعدة المدمن على استرداد ثقة أسرته ومجتمعه فيه، مع مراعاة ما يلي:

ـ ضرورة الاهتمام ببرامج الرعاية اللاحقة وإعطائها الجهد والاهتمام اللازم واعتبارها جزءاً رئيساً في العملية العلاجية.

ـ إيجاد آلية تساعد المتعافي من الإدمان وأسرته من المراجعة وتناول العلاج وان تصبح المراجعة شرطاً رئيساً وتعهداً على المريض التقيد به مع متابعة من المؤسسات الأخرى في المجتمع كمؤسسات العمل ومؤسسات المكافحة وغيرها.

جـ الوقاية من العود: والمقصود بها المتابعة العلاجية لمن شفي لفترات تتراوح بين ستة أشهر وعامين من بداية العلاج. ويتم ذلك من خلال:

- تخصيص أماكن للمراجعة أو عيادات صغيرة في المستشفيات الحكومية بحكم قلة انتشار مراكز ومؤسسات معالجة الإدمان .

- تطوير آلية برامج مجموعات الدعم الذاتي ومجموعات المدمنين المتعافين المشاركين في برامج العملية العلاجية حتى يمكن تحقيق الفائدة منها .

- ضرورة تطبيق برامج الكشف المبكر للمتعاطين لتلافي التداعيات في وقت مبكر ، حيث أشارت الدراسات إلى أن طول مدة التعاطي من أهم العوامل المؤثرة في نجاح العملية العلاجية ، وبالتالي التقليل من نسب العود للإدمان ، ويمكن أن يتم تطبيق ذلك في المراحل الإعدادية والثانوية في التعليم العام .

- الاهتمام بإجراء الكشف الطبي الدوري بجميع مراحل التعليم ، بحيث يشتمل على الفحوص الخاصة باكتشاف تعاطي المخدرات .

- التوسع في إنشاء المزيد من مصحات علاج الإدمان على مستوى الدول العربية ، سواء كانت حكومية أم خاصة .

- تدريب الكوادر المتخصصة وفريق العمل في مجال علاج إدمان المخدرات .

- مواجهة مشكلة التدخين وتأثيرها على الشباب والنشء والآثار المرتبطة بحدوث الإدمان .

- تصميم نماذج توضح أساليب الممارسة المهنية وفق مختلف التخصصات العلمية وكيفية التعامل مع النشء والشباب لتطوير العملية العلاجية التي يتم تطبيقها في المؤسسات العلاجية .

ثانياً: حيث إن الدراسة أشارت إلى أن غالبية العائدين للإدمان هم من الشباب فمن الضروري تطوير برامج وطرق الوقاية من الإدمان، بحيث يمكنها من تحقيق ما يلي :

١ - زيادة معرفة وتفهم المخدرات واستعمال المخدرات وأضرارها، و زيادة معرفة أخطار استعمال المخدرات من خلال التوعية الدينية والإعلامية . والعمل على تغيير المفاهيم والمعتقدات لدى الشباب بخصوص ظاهرة إدمان المخدرات في المجتمع وكيفية التعامل مع هذه الظاهرة والتصدي لها .

٢ - تطوير القدرات الفردية للناشئة على مواجهة ومقاومة الضغوط، حيث أن الأوضاع الحياتية والأسرية كما أشرنا قد تسهم في العود للإدمان عند توافر قوة التحمل للمواقف التي يمكن أن يمر بها الإنسان في دورة حياته .

٣ - محاولة إشغال الشباب في نشاطات مفيدة في أوقات الفراغ، ببرامج ومناشط تعبر عن ميولهم وتتوافق مع خصائصهم واتجاهات المعاصرة .

٤ - التوعية بأهمية تخصيص حصة أسبوعية يتم فيها توعية التلاميذ من خطورة مشكلة الإدمان بصفة دورية، أو وضعها ضمن المناهج الدراسية .

٥ ـ تدريب المدرسين والمرشدين الاختصاصيين بمدارس وزارات التربية والتعليم على أساليب مواجهة مشكلة إدمان المخدرات وكيف نقى المجتمع من خطورة هذه المشكلة .

٦ ـ زيادة أعداد الاختصاصيين الاجتماعيين والنفسيين في المدارس الرسمية للقيام بواجبهم التوعوي المهني في التوعية بالمخدرات واكتشاف الحالات مبكراً .

٧ـ تصميم البرامج الوقائية والإعلامية الموجهة لتوعية الأسر والنشء والشباب من خطورة مشكلة تعاطي وإدمان الكحوليات والمخدرات .

ثالثا : حيث تضمنت نتائج الدراسة إلى أن الأوضاع المجتمعية من العوامل المؤثرة في العود للإدمان فإن الباحث يوصي بما يلي :

١ ـ ضرورة تبني البرامج التي تسهم في إعادة إشراك المدمن والمتعاطي في أعمال نافعة في المجتمع .

٢ ـ الإسهام بالتعاون مع وزارات الشئون الاجتماعية في مواجهة المشكلات الاجتماعية للأسر حيث يوجد أسر معرضة للانحراف أو تعيش أوضاعا مأسوية يصعب كثيراً من قدرتها على التوعية والمتابعة والتوجيه مما أصبح يستلزم ضرورة وضع نظام لتقديم المساعدات لمثل هذه الأسر .

٣ـ ضرورة تعديل بعض المفاهيم المجتمعية وبخاصة المتعلقة بتوظيف العائدين أو الناقهين بحيث يتم إلزام بعض الجهات الحكومية والأهلية بتوظيفهم ، أو إنشاء مؤسسات ذات طابع إنتاجي لهم على أن تكون تحت إشراف أمنى وطبي ونفسي .

٤ ـ دراسة تأثير مشكلات التفكك الأسرى ومدى خطورتها نظراً لأن ارتفاع نسبة الطلاق يُعد من أهم وأخطر أسباب حدوث الإدمان .

٥ ـ شغل أوقات الفراغ لدى النشء والشباب في أنشطة رياضية وترفيهية في النوادي والمدارس ومراكز الشباب .

٦ ـ مواجهة ظاهرة تزايد أعداد المقاهي التي تستخدم النرجيله «الشيشة» وخاصة بجوار المدارس بالمناطق الشعبية ، ما يعرض الطلاب للجلوس عليها وتناول الشيشة وذلك يستوجب إصدار تعليمات أو قرارات لمنع تراخيص مثل هذه المقاهي بجوار المدارس حتى لا تكون أوكاراً تأوي الطلاب وتسهم في زيادة ظاهرة التسرب من التعليم وما يتبعه من مشكلات مثل التعاطي والإدمان .

٧ ـ تفعيل دور الجمعيات الأهلية العاملة في مجال مكافحة الإدمان في العمل والمشاركة مع أجهزة الإعلام لضمان تناول الظاهرة بأسلوب علمي ونفسي وتربوي للاستفادة من خبراتها في مجال التعامل مع هذه الظاهرة .

٨ ـ حظر ترخيص المقاهي وأندية الفيديو ومحلات البلاي ستيشن بجوار المدارس باعتبارها من العوامل التي تشجع هروب الأطفال من المدارس .

المراجــع

أولاً: المراجع العربية

أبو العزايم، أحمد، وأبو العزايم، محمود، الوقاية من الإدمان، القاهرة: دار الشروق للطباعة والنشر، ٢٠٠٣.

أبو العزم، مصطفى، المدمن من المنظور النفسي، مجلة القاهرة للخدمة الاجتماعية، العدد (١٥)، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية، القاهرة، ٢٠٠٤، ص١٥٨ ـ ١٧٣.

أبو شهبة، فادية، ظاهرة العنف داخل الأسرة المصرية، المجلة الجنائية القومية، العدد (١)، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، القاهرة، ٢٠٠٤.

أبو شهبة، هناء، علاقة بعض التغيرات النفسية والاجتماعية بانتكاس الإدمان، مجلة علم النفس، العدد (١٦)، الهيئة المصرية للكتاب، القاهرة، ١٩٩٠.

أبو عمة، عبدالرحمن، حجم ظاهرة الاستعمال غير المشروع للمخدرات، الرياض: أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، ١٩٩٨.

أحمد، غريب، مكافحة القات في الصومال، الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، ١٩٨٠.

إسماعيل، محمد، الأسباب المؤدية لتعاطي الكحول والإدمان عليه، كتاب أبحاث الندوة الثانية، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، ١٩٨٣، ٢٣ ـ ٣٧.

إسماعيل، فاروق، المخدرات والمؤثرات العقلية بين الدافعية والتأثير وإمكانية العلاج والوقاية، مجلة الوثائق والدراسات الإنسانية، العدد (٢)، جامعة قطر، قطر، ١٩٩٠، ص٤٣ ـ ٧٠.

الأصفر، احمد ، عوامل انتشار ظاهرة المخدرات في المجتمع العربي، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، ٢٠٠٤ .

الألفي، أحمد، العود إلى الجريمة والاعتياد على الإجرام، رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة القاهرة، ١٩٦٥ .

أمان، محمود ، الأداء المعرفي لدى مدمني الهيروين والكوكائين بمستشفيات الأمل بالمملكة العربية السعودية ، المجلة العربية للعلوم الأمنية، العدد (٨)، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، ١٩٩٣ ، ص٣٧ـ ٧٠.

الباز، راشد ، الأداء المهني لمدمني المخدرات، مجلة شؤون اجتماعية، العدد (٦٢)، جمعية الاجتماعيين، الشارقة، دولة الإمارات العربية المتحدة، ١٩٩٩ ، ص٢٧ ـ ٥٧ .

البريثن، عبدالعزيز ، الخدمة الاجتماعية في مجال إدمان المخدرات، الرياض: أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، ٢٠٠٢ .

التركي، سعود ، العوامل المؤدية إلى تعاطي المخدرات والمنظور الإسلامي لمواجهتها ، مجلة جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، العدد(١)، الرياض، ١٩٨٩ ، ص٤١٧ ـ ٤٧٢ .

الجوير، إبراهيم ، خطر المخدرات على الشباب، مؤتمر الندوة العالمية للشباب الإسلامي الثامن وعنوانه: «الشباب المسلم وتحديات المعاصرة» خلال الفترة من ٢٠ ـ ٢٣ أكتوبر١٩٩٨م، الرياض، ص١٩١ ـ ٢١ .

الحادقه، أحمد ، أساليب وإجراءات مكافحة المخدرات، الجزء الأول، الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، ١٩٩٦ .

الحارثي ، زايد ، نحو استراتيجية تربوية ونفسية واجتماعية للحد من مشكلة المخدرات ، مجلة جامعة أم القرى ، العدد (١) ، جامعة أم القرى ، مكة المكرمة ، ١٩٨٩ ، ص٢٨١ ـ ٣٢٦ .

حجار ، محمد ، العلاج النفسي الحديث للإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية ، الرياض : المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب ، ١٩٩٢ .

حسن ، معتصم ، العود في الجريمة ، مجلة شؤون اجتماعية ، العدد (٦٣) ، جمعية الاجتماعيين ، ١٩٩٩ ، ص١٥١ ـ ١٥٩ .

حسون ، تماضر ، أثر التعاطي في وقاية المراهقين من تعاطي المخدرات ، المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب ، العدد (١٩) ، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية ، ١٩٩٥ ، ص١٧٥ ـ ٢٠١ .

حسين ، عبدالعزيز ، اتجاهات أفراد المجتمع نحو مدمني المخدرات المعالجين ، المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب ، العدد (٣٦) ، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية ، ٢٠٠٣ ، ص٢٦٩ ـ ٣٠٧ .

الحقباني ، مفرج ، الآثار الاقتصادية لانتشار ظاهرة المخدرات ، المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب ، العدد (٣٤) ، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية ، ٢٠٠٢ ، ص١٨٩ ـ ٢٤٧ .

الحمادي ، أحمد ، مشكلة المخدرات وتأثيرها ، سلسلة الدراسات الاجتماعية والعمالية ، العدد (٢٢) ، المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية ، البحرين ، ١٩٩٣ ، ص٢٦٥ ـ ٣١٤ .

حنورة، مصري ، بعض أبعاد مشكلة تعاطي المخدرات والكحوليات بين طلاب الجامعة بمصر، المجلة التربوية، العدد (١٠)، جامعة الكويت، الكويت، ١٩٨٦، ص٤٤-٧٦.

خضور، أديب ، دور الإعلام التربوي في مكافحة المخدرات، دمشق، ب د ، ١٩٩٥.

خيال، محمود (٢٠٠١)، الإدمان ، القاهرة: دار الهلال،

الدامغ، سامي ، تصنيف مدمني الكحول في المملكة العربية السعودية، الرياض: مركز أبحاث الجريمة، ١٩٩٧.

الدخيل، عبدالعزيز ، إدمان الكحول المشكلات والحلول، الرياض: مؤسسة الملك خالد الخيرية، ٢٠٠٥.

الدمرداش، عادل ، الإدمان- مظاهرة وعلاجه، سلسلة عالم الكتب، العدد (٥٦)، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، ١٩٨٢.

الدوري، عدنان ، أسباب السلوك الإجرامي، الكويت، : ذات السلاسل، ١٩٨٤.

الدوسري، مها ، مدى ارتباط العوامل الاجتماعية والاقتصادية وبيئة السجن بالعودة للجريمة، رسالة ماجستير، قسم الدراسات الاجتماعية، جامعة الملك سعود، الرياض، ١٩٩٦.

الرويس، فهد ، أثر التفكك الأسري في عودة الأحداث للانحراف، رسالة ماجستير، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، ١٩٩٢.

الريس، عبدالعزيز ، العوامل الاجتماعية المرتبطة بالعودة لتعاطي المخدرات، رسالة ماجستير، قسم الدراسات الاجتماعية، جامعة الملك سعود، الرياض، ١٩٩٥ .

زيد، محمد ، التنظيم التشريعي للمخدرات في الدول العربية، أبحاث الندوة العربية الأولى لمكافحة المخدرات، الرياض : المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، ١٩٩٤ ، ص١١٧ ـ ١٨٦ .

الساسي، حبيبة ، الحرب ضد الإدمان لا تحتمل التأجيل، الرباط : مقال منشور في جريدة العلم المغربية، ٢٦ ـ ٤ ـ ٢٠٠٤ .

السدحان، عبدالله ، المراهقون والمخدرات، الرياض : مطابع العبيكان، ١٩٩٥ .

السراج ، عبود ، علم الإجرام وعلم العقاب ، الكويت : مطابع الجامعة، ١٩٨١ .

السعد، صالح ، المخدرات ورفاق السوء، المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب، العدد (٢٠)، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، ١٩٩٥ ، ص١٤٩ ـ ١٧١ .

السعيد، أحمد ، دراسة نفسية لمتعاطي الحشيش، رسالة ماجستير، قسم علم النفس، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض، ١٩٨٩ .

سعيد، عبدالحميد، الخزرج، يحيى، مستخدمو الهيروين من الانحراف المبكر إلى إدمان المخدرات، مجلة الآداب والعلوم الإنسانية، العدد (٩)، جامعة الملك عبدالعزيز، جده، ١٩٩٦ ، ص٥٩ ـ ٩٣ .

سفيان ، ساسي ، حول انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات في المجتمع الجزائري وخاصة في أوساط الشباب، مجلة الحوار المتمدن، العدد (١٠٢٧)، الجزائر، ٢٠٠٤ .

سلامة، محمد، والعمروسي، أنور، الإدمان، القاهرة: المركز القومي للعلوم الاجتماعية والجنائية، ٢٠٠١ .

سويف، مصطفى، المخدرات والمجتمع، كتاب عالم المعرفة، العدد (٢٠٥)، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، ١٩٩٦ .

السيد، احمد، الآثار الاجتماعية لإدمان المخدرات على الفرد والأسرة والمجتمع، مجلة الأمن، العدد (١٢)، وزارة الداخلية، ١٩٩٧ ، ص١٩٩ ـ ٢٢٧ .

السيد، رأفت، الاضطرابات النفسية لدى عينة من المدمنين بالمقارنة بغير المدمنين كما يكشف عنه اختبار الشخصية المتعدد الأوجه، المجلة المصرية للدراسات النفسية، العدد (٤٢)، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، القاهرة، ٢٠٠٤ ، ص١٧٧ ـ ٢٠٥ .

السيد، عبدالحليم، ظاهرة المخدرات في المجتمع العربي، دليل دراسته، الرياض: أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، ١٩٩٩ .

ـــــــــــــــ، مشكلة المخدرات في الوطن العربي، الرياض: أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، ١٩٩٧ .

السيف، محمد ، الظاهرة الإجرامية في ثقافة المجتمع السعودي، الرياض: غير محدد دار النشر، ١٩٩٦ .

صادق، عادل، الإدمان له علاج، الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية للنشر، ١٩٩٩.

الصالح، عبدالله، وإسماعيل، سيد، المرجع في الإدمان على الخمر والمخدرات والعقاقير، الكويت، مطبعة ذات السلاسل، ١٩٩٤.

الضحيان، سعود، والمطيري، نايف، تأثير تعاطي المخدرات المصاحبة لإدمان الشباب، مؤتمر الندوة العالمية للشباب الإسلامي الثامن وعنوانه: «الشباب المسلم وتحديات المعاصرة» خلال الفترة من ٢٠ ـ٢٣ أكتوبر/ ١٩٩٨، الرياض.

طالب، أحسن، علاج المدمنين على المخدرات على ضوء التجربة السويدية في مشكلة تعاطي المخدرات، المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب، العدد (١٧)، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، ١٩٩٤.

عبد المنعم، عفاف، الإدمان، القاهرة: دار المعرفة للطباعة والنشر، ١٩٩٧.

عبدالباقي، سلوى، خصائص شخصية المدمن بالمملكة العربية السعودية، مجلة دراسات نفسية، العدد (٢)، القاهرة، ١٩٩٢، ص٧٥ـ١٠١.

عبدالبر، هند، الوقاية من الانتكاسة، المجلة القومية للتعاطي والإدمان، العدد (٩٢)، مجلد (٢)، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، القاهرة، ٢٠٠٤، ص٦١ ـ ٨٠.

عبدالجواد، إنعام وآخرون، المسح الشامل لظاهرة تعاطي وإدمان المخدرات، القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية والمجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي، ٢٠٠٠.

عبدالرحيم، آمال ، مشكلة المخدرات في سوريا ، مجلة شؤون اجتماعية ، العدد (٤٩)، جمعية الاجتماعيين، دولة الإمارات العربية المتحدة، ١٩٩٦ ، ص٥ - ٣١ .

عبدالسلام، فاروق، العود من منظور نفسي واجتماعي، الرياض : المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، ١٩٨٩ .

عبداللطيف، رشاد ، الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، ١٩٩٢ .

عبدالمطلب، ممدوح ، جرائم تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية في القانون الاتحادي لدولة الإمارات، المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب، العدد(٣٥)، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، ٢٠٠٣، ص٢٢١ـ٢٩٩ .

العبيدي، إبراهيم ، أثر الأسرة في الوقاية من المخدرات، مجلة الأمن، العدد (٣)، الرياض، وزارة الداخلية، ١٩٩١ ، ص٨٣ـ١٠٩ .

العتيبي، عبدالله ، دور التدريب على السلوك التوكيدي في التقليل من احتمالية الانتكاسة بعد العلاج لدى عينة من معتمدي الكحول، رسالة ماجستير، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة الملك سعود، الرياض، ١٩٩٩ .

العتيبي، عران ، التنشئة الأسرية وظاهرة العود عند الأحداث المنحرفين، رسالة ماجستير، المركز العربي للدراسات الأمنية، الرياض، ١٩٩١ .

العجمي، علي ، مدى فاعلية المدخل الوقائي في الرعاية اللاحقة لمنع عودة الأحداث للانحراف، رسالة ماجستير، قسم الدراسات الاجتماعية، جامعة الملك سعود، الرياض، ١٩٩٦ .

العريني، يوسف ، حجم المخدرات، الرياض : مطابع الفرزدق، ١٩٩٦ .
العشماوي، السيد ، الجوانب الاجتماعية لظاهرة الإدمان، الرياض : المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، ١٩٩٤ .
العمري، صالح ، العود إلى الانحراف في ضوء العوامل الاجتماعية، الرياض : أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، ٢٠٠٢ .
العنزي، عيد ، بعض السمات المميزة لشخصية مدمن المخدرات في مستشفى الأمل بالرياض، رسالة ماجستير، قسم الدراسات الاجتماعية، جامعة الملك سعود، الرياض، ١٩٩٩ .
العنزي، محمد، الخصائص الاجتماعية للعائدين لجريمة ترويج المخدرات، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، ٢٠٠٤ .
عواد، حنان ، المخدرات وأثرها المدمر لصحة الإنسان والمجتمع، الكويت : دار سعاد الصباح، ٢٠٠٣ .
عيد، محمد ، المخدرات الأسباب، ، الصكوك، ، والبشر، الرياض : مركز أبحاث الجريمة، ١٩٩٢ .
ــــــــــــــ ، ظاهرة العود للمخدرات وسبل العلاج، الرياض : جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، مركز الدراسات والبحوث، محاضر علمية، ٢٠٠٤ .
غباري، محمد ، الإدمان : أسبابه ـ نتائجه و علاجه، الإسكندرية، مصر : المكتب الجامعي الحديث، ١٩٩١ .
غويدي، محمد ، الفروق في علاقات الأسرة والأصدقاء بين الأصحاء والعائدين إلى الإدمان والمراجعين لمستشفى الأمل بجده، رسالة ماجستير، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة أم القرى، مكة المكرمة، ١٩٩٨ .

الفالح، سليمان، عوامل تعاطي المخدرات، رسالة ماجستير، قسم الاجتماع، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض، ١٩٨٩ .

قرني، محمد ، الإدمان، القاهرة: المركز العربي الحديث، ١٩٨٦ .

القشعان حمود، والكندري، يعقوب، العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤدية لتعاطي المخدرات والمسكرات دراسة ميدانية على المدمنين الكويتيين ، المجلة التربوية، جامعة الكويت، ٢٠٠٢، ص ٧٥ـ ١٢٣ .

كاره، مصطفى ، المخدرات والانحراف، المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب، العدد(١٧)، المركز العربي للدراسات الأمنية، الرياض، ١٩٩٤ ، ص٧٩ـ٩٧ .

الكردي، محمود ، مشكلة تعاطي المخدرات في دولة قطر ، جامعة قطر ، الدوحة، ١٩٩٠ .

الكندي، سعيد، المنظور الإسلامي لاستخدام الكحول، مسقط، د ت ، ١٩٩٦ .

المرزوقي، حمد وآخرون ، ظاهرة إدمان المخدرات في المجتمع العربي السعودي، الرياض: مركز أبحاث الجريمة، ١٩٩٥ .

ـــــــــــــــ، ظاهرة إدمان المخدرات في بعض أنحاء لبنان، الرياض: مركز أبحاث الجريمة، ١٩٩٥ .

ـــــــــــــــ ، ظاهرة إدمان المخدرات في مجتمع الإمارات العربية المتحدة، الرياض: مركز أبحاث الجريمة، ١٩٩٥ .

مرسي، محمد، برامج مقترحة لأجهزة التلفزيون للتصدي لمشكلة المخدرات، مجلة التعاون، العدد (١٥)، الرياض، الأمانة العامة لمجلس التعاون لدول الخليج العربية، ١٩٨٩، ص ٦٥ ـ ٩٠.

مركز أبحاث الجريمة، المخدرات والعقاقير المخدرة، الرياض: مركز أبحاث الجريمة، ١٩٨٥.

المشعان، عويد، خليفة، عبداللطيف، تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بين طلاب المدارس الثانوية بدولة الكويت، جامعة الكويت، الكويت: لجنة التأليف والتعريب التابع لمجلس النشر العلمي، ٢٠٠٣.

المصري، وليد، دور العوامل النفسية في الهوس بالسموم لدى المراهقين الذكور، مجلة شؤون اجتماعية، العدد (٦٩)، جمعية الاجتماعيين، ٢٠٠١، ص١٥١ ـ ١٦٢.

منصور، عبدالمجيد، الإدمان، الرياض: مركز أبحاث الجريمة، ١٩٨٦.

النابلسي، محمد، اقتراحات جديدة لعلاج الإدمان، مجلة الثقافة النفسية، العدد (٤٥)، مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية، بيروت، ٢٠٠١.

النجار، مساعد وآخرون، تعاطي المخدرات لدى الشباب الخليجي، مجلة العلوم الإنسانية، العدد (٦٤)، جامعة الكويت، الكويت، ١٩٩٨، ص١٩٤ ـ ٢٢٥.

يوسف، جمال، دراسة وصفية لدور الأخصائيين الاجتماعيين في الوقاية من تعاطي المخدرات، المجلة العربية الإنسانية، العدد (٥٨)، جامعة الكويت، ١٩٩٧، ص٨٦ـ١٢١.

ثانياً: المراجع الأجنبية

Abdulaziz, Saud . Substance Abuse Recidivism in Saudi Arabia. Unpublished Ph.D Thesis. USA. University of Pittsburgh,1992.

A –Nahedh, N . Relapse among Substance- Abuse Patients in Riyadh, Saudi Arabia . Eastern Mediterranean Health Journal (5-2), 1999, (PP 241-246).

Amw,Robin& Stout, Robert. Relapse Situations. Journal of Addiction, VOL. 91 Issue 12, 1996, PS111, 10P, 11 Charts.

Barbor, H&Coony,N& Lauerman,R.The Dependence Syndrome Concept as Psychological Theory of Relapse Behaviour: an Empirical Evaluation of Alcoholic and Opiate Addicts, British Journal of Addiction, 82, 1987, PP393-405.

Lowman, C. Replication and Extension of Marlatts Taxonomy of relapse precipitants. Journal of Addiction, Vol. 91 Issue 12,pS51, 3 charts, 3 graphs, 1996 .

Daley, D C. & Marlatt, G A . Relapse Prevention: Cognitive and Behavioral Interventions. In J. Lowinson et al . (eds.) Substance Abuse. 1992, pp 533-542.

Gerard, Connors& Stephen, Maisto . Conceptualizations of Relapse: A'summary of Psychological and Psychological Models . Journal of Addiction, Vol. 91 Issue 12, 1996, PP5-9.

Malhotra, Sameer& Malhotra, Savita& Basu, Debasish. A Comoarison of The Beliefs of Indian Alcohol-Dependent Patients and Their Close Family Members On Their Reasons for Relapse. Journal of.Addiction, Vol. 94, Issue 5, 1999, P709, 5P.

Marlatt, G,A . Taxonomy of high-risk Situations of Alcohol Relapse: Evolution and Development of a Cognitive-Behavioral Model. Addiction, 91: SupplemenT, 1996, PP37-55.

Marlatt, G. A. & Tapert, S. F. (1993) Harm Reduction: Reducing the Risks of Addictive Behaviors, in: Baer, J. S., Marlatt, G. A.

& Cmahon, R. J. (Eds) Addictive Behaviors Across the Life Span: Prevention, Treatment, and Policy Issues, pp. 243-273 (Newbury Park, CA, Sage Publications).

Marlatt,G& Gordon, J . Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. New York : Guilford Prss. 1985.

Michael,G&Ducan,S & Nadine,B, JOHN, M. Factors Associared With Abstinence Lapse Or Relapse to Heroin Use after Residential Treatment . Journal of Addiction, Vol. 97 Issue 10, 2002, P1259, 11P, 3 charts.

Miller, N. S , Consequences of Alcohol Addiction .Journal of Kans-Maicine, ,VOL. 90, NO 12, 1989, PP. 339-343.

Miller, W. R. & Hester, R. K. (1995) Treatment for Alcohol Problems: Toward an Informed Eclecticism, in: HESTER, R. K. & MILLER, W. R. (Eds) Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives, 2nd edn, pp. 1-11 (Boston, Allyn & Bacon).

Miller, W. R. & Marlatt, G. A. (1984) Manual for the Comprehensive Drinker Profile (Odessa, Fl, Psychological Assessment Resources).

Miller, W. R. & Marlatt, G. A. (1987) Manual Supplement for the Brief Drinker Profile, Follow-up Drinker Profile, and Collateral Interview Form (Odessa, FL, Psychological Assessment Resources).

Miller, W. R. & Page, A. (1991) Warm Turkey: Other Routes to abstinence, Journal of Substance Abuse Treatment, 8, 227-232.

Miller, W. R. (1996) What is a Relapse? Fifty Ways to leave the Wagon, Addiction, 91: Supplement, S15-S28.

Miller, W. R., Brown, J, M., Simpson, T. L. et al. (1995) What works? A Methodological Analysis of the alcohol Treatment Outcome literature, in: Hester, R. K. & Miller, W. R. (Eds) Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives, 2nd edn, pp. 1244 (New York, Allyn and Bacon).

Miller, W. R., Westerberg, V. S., Harms, R. J. & Tonigan, J. S. (1996) What Predicts Relapse? Prospective Testing of Antecedent Models, Addiction, 91: Supplement, S155-S172

Miller,William& Westerberg,Verner. What Predicts Relapse? Prospective Testing of Antecedent Models.. Journal of Addiction, Vol. 91 Issue 12, 1996, PS115, 18P, 8 Charts.

Steve,a& Bill,S& Mike,Ph.The Process of Relapse in Severely Dependent Male Problem, Drinkers. Journal of Addiction, Vol. 95 ISSUE 1, 2000, P95, 12P.

Allsop,Steve& Saunders, Bill& Phillhps,Mike& Carr, Adrian. ATrial of Relapse With Severely Dependent Male Problem Drinkers. . Journal of Addiction, Vol. 92 ISSUE 1, 1997, P61, 13P, 3 charts, 2 graphs.

Polich, j. Armor, D . The Course of ALcoholism: Four Years After Treatment . :New York, Wiley, 1981.

www.akuwait.net/ghiras.htm -

Yates,W. R,B. M. Booth. D .A. Reed, K. Brown, and B. J. Mastewson. Descriptive and PredictIve Validity of A High-risk Alcoholism Relapse Model . Journal of Studies on Alchol,1993, 54 960: 645-51.

Chaplin J, P . DictIonary of Psycholoqy . New York, Dell Publishing Co, INC, 1985, P31-33.